Rok XXVII. Kraków, 3 Marca 1888. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8. I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

I. O zwyrodnieniu pierwszorzędném rdzenia pacierzowego t. z. *Sclerosis disseminata* i jego objawach klinicznych.

(Wyjątek z dzieła pod prasą się znajdującego) [1].

Podał

Prof. Adamkiewicz.

Istota stwardnienia rozsianego według Charcota i Rindfleischa. Wyniki barwienia safraniną. Przypadek chorobowy. Zmiany w mózgu. Wejrzente i rozszerzanie się ognisk. Rozbiór histologiczny. Zanik włókien nerwowych. Zachowanie się neuroglii. Określenie sprawy. Zmiany w rdzeniu. Kształt i rozszerzanie się ognisk. Podział ich według stopnia rozszerzenia. Najwyższe stopnie zwyrodnienia. Zajęcie całego rdzenia w przecięciu. Wpływ na czynności. Zwyrodnienia najniższego stopnia. Zanik części chromoleptycznych. Rozszerzanie się odśrodkowe tegoż. Zwyrodnienia średniego stopnia. Ogólne prawidło ich powstawania od zwyrodnień najniższego stopnia przez nieregularne odśrodkowe szerzenie się. Specyjalne zachowanie się sznurów tylnych. Podobieństwo zachowania się ich w *tabes*. Dwie postacie pierwotnych ognisk w sznurach tylnych przy stwardnieniu rozsianém i wiądzie rdzenia. Pole owalne. Pola w postaci S. Charakterystyczne zachowanie się sznurów przednich i bocznych. Zwyrodnienie przybrzeżne, tak nazwane zwyrodnienie skombinowane i tłumaczenie Westphala. Nowe znaczenie tegoż. Miąższowa przyroda zwyrodnień przybrzeżnych. Tożsamość jéj względnie tak zwanego zwyrodnienia skombinowanego ze stwardnieniem ogniskowém rozsianém. Rozbiór histologiczny ognisk. Badanie cięć poprzecznych. *Varicosis* nerwów. Oporność i stwardnienie włókien osiowych. Neurogliosa. Badanie cięć podłużnych nerwów. Zbita siatka neuroglii. Jéj delikatna budowa i stosunek do naczyń. Różnica w jéj powstawaniu w mózgu i rdzeniu. Dawniejsze zapatrywanie co do stwardnienia ogniskowego, wywołane nieregularném tworzeniem się zbitéj tkanki w rdzeniu. Składniki zbitéj tk. neuroglijowéj, ich wpływ na komórki zwojowe i naczynia krwionośne. Stwardnienia ogniskowe, rozsiane, jako zwyrodnienie pierwotne. Stwardnienia ogniskowe rozsiane, a choroby układów, ich podobieństwo i różnice. Objawy kliniczne stwardnienia rozsianego i ich tłumaczenie na podstawie przyrody anatomicznéj.

Tak jak z jednéj strony choroby układów przedstawiają typ spraw chorobowych, trzymających się pewnego porządku i kolejności, tak z drugiéj strony stwardnienia rozsiane uchodzą, jak wiadomo, za choroby żadnych prawideł co do umiejscowienia nieznające. Jest w tém coś ponętnego, aby tę nieokiełznaną chorobę przewlekłą rdzenia ująć w pewne ściślejsze granice i przeciwstawić ją wyżéj wspomnianym schorzeniom układów. Raz, że przeciwstawienie to przyczyni się do zaostrzenia konturów każdéj z tych chorób, a powtóre, że pomiędzy te dobrze się zarysowywujące obrazy chorobowe można będzie wsunąć cały szereg chorób pośrednich i mięszanych. Pierwotnie przypisywano występowanie tych rozsianych ognisk zapaleniu, które miało układ nerwowy w ten charakterystyczny sposób nagabywać. Wyniki badań mikroskopowych sprzyjały téj teoryi; znajdowano bowiem wytwory zapalenia przewlekłego rdzenia: mianowicie zgrubienie neuroglii, wzmożenie się ilościwe tk. łącznéj, dzięki którymto sprawom

[1] *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes. Stuttgart. Ferdinand Enke.*

miały zanikać nerwy, które jeszcze w ogniskach tu i owdzie spostrzegano. Charcot [1]) badał bliżéj i dokładniéj charakter tych stwardniałych ognisk; według niego w każdém ognisku należy odróżnić 3 warstwy. Najwewnętrzniejsza warstwa jest najstarszą, zmiany téż są tu najdaléj posunięte. Można tu widzieć tk. łączną włókienkową, która towarzyszy nerwom rdzenia. Na przekrojach podłużnych przedstawia się ona jako wiązki równoległe faliste; na poprzecznych zaś jako delikatne punkciki. Przestrzenie, które tworzy tkanka podstawowa, wypełnione są temi punkcikami. Co się tyczy nerwów, to tych tu prawie zupełnie brak, tu i owdzie tylko widać jeszcze utrzymane włókno osiowe. Ono jest bardzo cienkie, przebiega prosto i połyskuje, skutkiem czego łatwo je odróżnić od nowo wytworzonych włókienek. W warstwie średniéj, a więc bliżéj obwodu położonéj, ubywa tk. łącznéj; gęsta siateczka neuroglii wychodzi zato na pierwszy plan. Nerwy, które się w okach téj gęstéj siateczki znajdują, są przeważnie chore; są to najczęściéj włókna osiowe kolosalnych rozmiarów, pozbawione osłonki rdzennéj. Część zewnętrzna ogniska stwardniałego stanowi właściwe przejście z tk. choréj do zdrowéj. Widać tu nerwy pozbawione istoty rdzennéj i neuroglii, która ku środkowi zgrubiała i gęsta, z pomnożonemi i powiększonemi komórkami na zewnątrz się posuwając, coraz to więcéj prawidłowe przedstawia wejrzenie. Rindfleisch [2]) wypowiedział téż swoje zapatrywanie na powstawanie owych ognisk stwardniałych. Wśród ognisk, mianowicie małych a nawet najmniejszych, można spostrzedz naczynie, które wraz ze swemi rozgałęzieniami jest zgrubiałe, światło jego obszerniejsze, jedném słowem, nosi ono na sobie piętno przewlekłego zapalenia. Ma to więc być, według Rindfleischa, pierwszém ogniwem w łańcuchu zmian chorobowych, które prowadzą do rozsianego stwardnienia. Za tą zmianą postępuje zaraz zwyrodnienie włókniste i przerost ilościowy tk. podstawowéj. Pomnażają się mianowicie jądra neuroglii, a na granicy ogniska stwardniałego tworzą one naciek. W środku ogniska tworzą się komórki gwiazdkowate neuroglii, wielkie, od których jak gdyby od środków krystalizacyjnych wychodzą długie, połyskujące włókna, które tym komórkom nadają wejrzenie monstrualne. Wśród téj masy nowych składników zanikają następowo nerwy skutkiem ucisku.

To są mniéj lub więcéj główne zapatrywania na anatomiczną przyrodę stwardnienia rozsianego, które do dziś dnia panowały. Naszém zadaniem będzie wykazać, o ile barwienie safraninowe wpływa na rozwiązanie pytań, na które niedokładne barwienie dotychczasowe odpowiedzi dać nie może. Mam zamiar opisać wyniki badań za pomocą barwienia safraninowego co się tyczy natury stwardnienia rozsianego, które badania przedsięwziąłem na materyjale, przez kol. prof. Dr. Browicza łaskawie mi udzielonym. Przypadek, który opiszę, można uważać za typowy, poucza on równocześnie o pewném prawidle, którém się stwardnienie w swém rozszerzeniu kieruje. Daty o przebiegu choroby w tym przypadku otrzymałem od ordynującego lekarza Dra Paszkowskiego.

Katarzyna Rzeszowska, lat 22 licząca, została w dniu 18 czerwca 1882 r. przyjętą do tutejszego szpitala św. Łazarza. Osoba źle odżywiona, słabowita i charłaczna, od 3ch lat chorowała ustawicznie. Żaliła się na częste zawroty głowy, bóle w krzyżach i grzbiecie i na nieustannie wzmagające się osłabienie odnóg górnych i dolnych. Przy pierwszém zbadaniu w szpitalu podczas jéj przyjęcia okazało się, że chód jéj był ciężki i wlokący się. Późniéj chód był zupełnie utrudniony, a chora chcąc iść musiała się rękoma na przedmiotach stałych opierać. Chodziła więc tylko z trudnością około swego łóżka. Drżenie rąk coraz to więcéj się uwidoczniało, zwłaszcza przy ruchach zamierzonych; objaw ten był powodem, że chorą musiano żywić. Czucie prawidłowe było utrzymane. Na inne objawy uwagi nie zwracano. Osłabienie odnóg dolnych równie jak i drżenie odnóg górnych gwałtownie się wzmagały, tak, że około połowy sierpnia chora już się prawie ruszać nie mogła. Ręka prawa została porażoną, a usta w lewo przekrzywione. Z końcem choroby nastały silne bole rwące w odnogach dolnych, porażenie kiszki stolcowéj, a wreszcie i odleżyna, skutkiem któréj chora wśród objawów posocznicy dnia 2 października 1882 r. życie zakończyła. Rozpoznano stwardnienie rozsiane, a sekcyja rozpoznanie to potwierdziła. Zarówno mózg jak i rdzeń były gęsto ogniskami stwardniałemi zasiane. 1. Mózg. Rozszerzanie się i wejrzenie ognisk. Ogniska stwardniałe były usadowione przedewszystkiem w istocie białéj wyspy Reilla w dolnych odcinkach przednich zwojów środkowych, po prawéj stronie téż w istocie szaréj. W mózgu samym i w móżdżku były jużto okrągłe lub owalne wielkości mniéj lub więcéj od główki szpilki do postaci śliwek. 2. Budowa histologiczna. Wszystkim ogniskom mózgowym jest wspólny brak istoty chromoleptycznéj. Przy małém powiększeniu i po krótkiém barwieniu przedstawiają się jako białe, ostro odgraniczone plamy, usadowione w zdrowéj, a więc czerwono lub pomarańczowo zabarwionéj tk. nerwowéj. Barwienie podwójne i silne powiększenia wykazują bardzo jasno największe szczegóły pojedynczych ognisk. Jest regułą, że tam, gdzie ognisko się zaczyna, kończą się włókna nerwowe. Spostrzeżenie to można łatwo stwierdzić; tkanka bowiem nerwowa istoty białéj mózgowéj, w któréj po największéj części ogniska są usadowione, przedstawia się przy barwieniu safraniną jako bardzo ozdobna siatka, któréj nie całkiem gładkie i nieregularnie i lekko falisto przebiegające nitki tworzą prosto — lub ostrokątną dosyć zbitą siatkę. Na obwodzie ogniska kończy się nagle ta siatka, a końce nieregularnie urwanych nitek nerwowych sięgają w same ogniska. Czerwono zabarwiona siatka nerwów wydaje się być splecioną we fijoletową i delikatną tkaninę neuroglii. Dla tego téż tam, gdzie nerwów brak, tam ogołocona neuroglija tém lepiéj na jaw wychodzi. Ogniska w mózgu mają tę cechę, że się składają z saméj neuroglii, pozbawionéj nerwów. Ta ogołocona jednak neuroglija nie wszędzie jednako się okazuje, i w miarę tego można odróżnić 3 postacie ognisk. 1) W pierwszéj postaci jest neuroglija zupełnie prawidłową, można się o tém przekonać, przebarwiając zdrową tkaninę nerwową, gdzie, jak wiadomo, nerwy nie są widoczne i porównywając ją z tkanką, w któréj nerwy chorobowo zanikły; między temi tkaninami nie można spostrzedz żadnéj różnicy. 2) Druga postać ognisk przedstawia już nieco zmienioną neurogliję. Przy małém powiększeniu, a nawet gołem okiem widzieć można, że tu przyboczna część ogniska, która zwykle ma postać sierpowatą, wydaje się ciemniejszą i mniéj przeźroczystszą aniżeli reszta ogniska. Powiększenia większe pokazują, że ta część ciemna jest zbitą gęstą siatką, złożoną z włókien i komórek, które gęsto przeplata tk. neuroglijowa. Jeżeli się ją igiełkami rozluźni, to przedstawia się nam charakterystyczny obraz: Nader delikatne, zarówno ostro i mocno światło łamiące niteczki i włókienka tworzą gęstą gmatwa-

[1]) *Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Übers. v. Fetzer. Stuttgart 1874. Bd. 1, S. 215.* — [2]) *Lehrbuch der pathol. Gewebelehre. V Afl. Leipzig 1878, S. 613.*

ninę, zamykając mnóstwo najrozmaitszych tworów komórkowych, których gdzie indziéj widzieć nie można. Tu zwracają uwagę na siebie duże, silnie fijoletowo zabarwione wielojądrzaste płytki, które mają kształt nieregularny, a brzeg ich wybiega w ząbki i delikatne niteczki. Pośrod tych płyt widać podobne twory, jednak mniejsze, bledsze i raz zawierające jądra, drugi raz ich pozbawione. Jest tu wreszcie mnóstwo tworów komórkowych, umieszczonych wśród sieci, które są niezabarwione, częścią płaskie, częścią pęcherzykowate, okrągłe lub gwiaździste, a które mają duże i silnie zabarwione jądra, z których rozchodzą się niteczki, sąto twory, jak gdyby koszyk oplatające. 3ci rodzaj ognisk odznacza się gęstą siatką naczyń pokręconych, którato siatka tak daleko sięga, jak szerokie jest ognisko, w tkance sąsiedniéj zdrowéj nie widać ich. Musiały one więc dopiero powstać i to pod wpływem tego samego bodźca, który same ogniska wytworzył [1]). Dwie charakterystyczne cechy posiadają te naczynia; raz,że ich na małéj przestrzeni bardzo wielka ilość nagromadzona, a powtóre że mają nader kręty przebieg. Ściany ich są cienkie i delikatne; nie brak tu jednak naczyń, których warstwa wewnętrzna jest zgrubiała i złożona z kilku warstw płaskich komórek. 4. Są wreszcie takie ogniska, gdzie te 2 ostatnie postacie ze sobą się łączą, a więc nagromadzenie komórek przy brzegu, a naczyń w środku. Jakie więc wnioski, dotyczące przyrody saméj sprawy chorobowéj, można z tego wysnuć? Przedewszystkiem, że stwardnienie nie ma nic wspólnego z owém zapaleniem śródmiąższowém, jak to chciał Charcot, zgęstnienie bowiem ogniska, w skutek nowych składników, nie poczyna się w środku lecz na obwodzie, a te nowe składniki są ni mniéj ni więcéj tylko z tkanką łączną zupełnie identyczne. Te spostrzeżenia pouczają, że istnieją w schorzałym mózgu ogniska stwardniałe, w których nerwy skutkiem sprawy chorobowéj zanikły, podczas gdy utrzymała się zupełnie prawidłowa neuroglija; to poucza zarazem, że w tych ogniskach jedynie nerwy są składnikami, które pierwotnie przez sprawę chorobową są zajęte; można więc śmiało twierdzić, że stwardnienie w mózgu jest sprawą czysto miąższową. Neuroglija, jak to widzieliśmy, nie we wszystkich ogniskach ma wejrzenie prawidłowe, lecz bywa często przez wytworzenie nowych składników tkaninowych i naczyń znacznie zmienioną. Ponieważ, jak to już widzieliśmy, nerwy pierwotnie zanikają, a dopiero potém neuroglija, zmiany więc w niéj są sprawami następowemi. Nie bujanie komórek w części przybrzeżnéj ogniska, nie naczynia nowo wytworzone sprowadzają zanik nerwów, ale przeciwnie, ubytek pierwotny tychże jest bodźcem do spraw wtórorzędnych w neuroglii. Jeżeli w tych ogniskach po zaniku nerwów naczynia powstają i to ze zgrubiałemi ścianami, to musi ta choroba, jako dotycząca naczyń, stać na końcu łańcucha chorób wtórorzędnych. Z tego się okazuje, że wbrew zdaniu Rindfleischa stwardnienie naczyń w ogniskach mózgowych stwardniałych nie początkiem lecz zakończeniem jest sprawy chorobowéj. Streszczając to, cośmy już wyżéj omówili, powiemy, że stwardnienie ogniskowe rozsiane, jestto sprawa chorobowa, wśród któréj nasamprzód w makroskopowych ogniskach zanikają włókna nerwowe, a następnie neuroglija od obwodu ogniska poczynając, przez wytworzenie nowych składników tkaninowych i naczyń gęstniejąc, posuwa się ku środkowi. (C. d. n.).

[1]) Pomnożenie naczyń w stwardnieniu widzieli i inni autorowie: Leo *(Deutsches Archiv f. kl Med.).*

II. Przyczynek do chirurgii jelit.

Wypadnięcie wielkiéj pętli jelita cienkiego, enterektomija kawałka 69cm. długiego, wyzdrowienie.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k. lekarz powiatowy w Buczaczu.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Po wydaleniu w ten sposób całéj ogromnéj pętli zapalonego jelita i odpowiedniéj części krezki, przystąpiłem do ostatniego aktu żmudnéj operacyi, t. j. do zeszycia przeciętych części jelita. Oba otwory odpowiadały sobie bardzo dobrze, chodziło teraz tylko o to, aby je jak najlepiéj i najsilniéj ze sobą zeszyć. W tym celu użyłem szwu Czernego i Lemberta, t. j. najpierw dolne połowy obu świateł spoiłem za pomocą kilkunastu szwów wewnętrznych Czernego, górne zaś połowy spoiłem zakładając szwy Czernego od zewnątrz, a kierowałem się w téj mierze wskazówkami podanemi przez Wölflera; następnie do drugiéj warstwy szwów użyłem metody Lemberta. Zeszycie obu końców jelita udało mi się wcale dobrze na całym obszarze płaszczyzny przeciętéj, jedynie w miejscu powyżéj opisanéj smugi zapalnéj, widocznéj na górnéj powierzchni jelita wstępującego, rwały się wszystkie szwy jedwabne, cieńsze i grubsze, tak, że na przestrzeni szerokiéj na $^{3}/_{4}$cm. użyłem szwu kuśnierskiego i jedwabiem Nr. 2 grubości usiłowałem zeszyć oba końce jelitowe. Na razie udało mi się i w tém miejscu jelita nie źle spoić ze sobą, ale z góry musiałem być przygotowanym na to, że nader łatwo w tym punkcie może przyjść do wytworzenia się przetoki jelitowéj. W końcu spoiłem i klinowato wyciętą część krezki za pomocą szwu kuśnierskiego i przekonałem się przy téj sposobności raz jeszcze, że płaszczyzny przecięcia jelit ściśle stykają się z liniją odpalonéj krezki, tak że odżywienie końców jelit za pomocą naczyń krezki dostatecznie zabezpieczoném zostało. Koniec nitki użytéj do szwu kuśnierskiego pozostawiłem nieocięty i umieściłem go w worku przepuklinowym obok drenów. Po wypłukaniu worka przepuklinowego i zeszytéj pętli jelitowéj za pomocą rozczynu 1‰ tymolu i oczyszczeniu wszelkich miejsc z lekka broczących za pomocą wacików sublimatowych, których również podczas całéj operacyi do oczyszczenia pola operacyjnego używałem, przystąpiłem do wycięcia brzegów nieregularnego otworu, przez który pętla jelita wypadła, a do którego następnie przyrosła i uprościwszy w ten sposób całą ranę zewnętrzną, spoiłem ją za pomocą 5ciu szwów jedwabnych. Pętli zeszytéj jelita nie wsunąłem w głąb jamy brzusznéj, gdyż nie dozwalało na to przyrośnięcie części wstępującéj jelita, tak że zeszyta pętla pozostała pokrytą workiem przepuklinowym, a okoliczność ta o tyle była korzystną, że na przypadek wytworzenia się przetoki jelitowéj miazga pokarmowa, bardziéj lub mniéj strawiona, z łatwością mogła wydostać się przez 2 grube dreny, które w głąb worka przepuklinowego założyłem. Opatrunek zewnętrzny składał się z proszku jodoformowego, którym po obmyciu sublimatem 1‰ zapyliłem ranę i wystające dreny z gazy jodoformowéj 30% zamoczonéj w 5% kw. karbolowym i sporéj ilości waty odtłuszczonéj Brunsa.

Chora była wybornie uśpioną przez przeciąg $2^{1}/_{2}$ godziny, podczas któregoto czasu operacyję w całości ukończono; do uśpienia użyto 0·02 morfinu podskórnie wstrzykniętego i 50grm. czystego chloroformu. Przed operacyją oczyszczono powietrze w pokoiku operacyjnym za pomocą

rozpylacza karbolowego, pole operacyjne zmyto mydłem, wodą i sublimatem 1‰, a podczas wykonywania operacyi przestrzegano, o ile to tylko było możebném, wszelkich zasad metody przeciwgnilnéj.

Choréj po przeniesieniu ze stołu operacyjnego do łóżka zalecono jak największy spokój i oprócz pigułek lodowych przeciw możliwym wymiotom stósowano tylko dyjetę płynną, t. j. parę łyżek kleiku, kwaśnego mleka lub winnéj polewki a nadto proszki makowcowe, t. j. co 3 godziny po 0·03 makowca. Chora zniosła cały powyżéj opisany zabieg operacyjny stosunkowo bardzo dobrze i wieczorem raz tylko wymiotowała, oraz chwilowo dostawała czkawki, a tętno było wprawdzie miękkie, lecz zresztą dosyć pełne i uderzało 88 razy na minutę. Nazajutrz, t. j. dnia 30 lipca r. z., stan był bezgorączkowy 37·3°C., a tętno uderzało 88 razy na m.; w nocy pojawiły się jeszcze po dwakroć wymioty i czkawka dokuczała choréj chwilowo. Wieczorem pojawiła się lekka gorączka, t. j. ciepłomierz wykazywał 38·5°C. a tętno uderzało 112 razy na minutę. Z powodu miernéj gorączki nie podano żadnych środków przeciwgorączkowych, zalecono tylko kawałeczki lodu, wino i kleik. Trzeciego dnia po operacyi ciepłota okazywała się również nieco podwyższoną 38·3°C. a wieczorem 38·5, tętno zaś 108—116. Opatrunek zmieniono; rana zewnętrznie okazywała się należycie spojoną; brzuch zapadnięty, przebieg pomyślny; bólów w brzuchu nie było wcale, stolca nie było również, wiatry skąpe odchodzą przez odbytnicę.

Czwartego dnia dopiero poczęła się chora uskarżać na mierne boleści w żywocie i parcie w ranie, a przy zmianie opatrunku spostrzeżono, że się dreny wysunęły, a z otworu, przez który je zasunięto, wydobywać się poczęła miazga pokarmowa, w postaci żółtawéj papki. Widoczną zatém było rzeczą, że wytworzyła się przetoka jelitowa, a ponieważ miazga wydzielająca się nie cuchnęła w sposób właściwy kałowi i miała wejrzenie niestrawionego pokarmu, jasną było rzeczą, że nie mamy do czynienia z przetoką kałową, lecz z przetoką jelitową i że wycięta pętla jelitowa należała do części jelita dość wysoko położonéj w przebiegu przewodu pokarmowego. Fakt ten, acz bardzo niepożądany, chociaż przewidywany, dowodził również, że lepiéj było pokusić się o zeszycie obu końców jelita, niż o wytworzenie sztucznéj rzyci, któraby była skazała tém rychléj chorą na powolne zagłodzenie, a to skutkiem znacznéj utraty miazgi pokarmowéj przysposobionéj do strawienia, i wydobywającéj się tak wcześnie przez rzyć sztuczną.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawia wielu ciekawych szczegółów, nadmienić tylko muszę, że z powodu utrzymującéj się lekkiéj gorączki w dniach następnych, a nawet spotęgowania się jéj w dniu 4 sierpnia r. z. do 39°C., zbadałem dokładnie ranę koło pętli jelitowéj zatrzymanéj w worku przepuklinowym, a przekonawszy się, że wytwarza się torba tuż poniżéj otworu, przez który dreny były wsunięte, postanowiłem torbę tę należycie rozpłatać i aż do wypełnienia się jéj za pomocą ziarniny zdrowéj wyścielać pasmami gazy jodoformowéj. Nazajutrz, t. j. 5 sierpnia 1887, zachloroformowano chorą, która wszelkich zabiegów z nożem w ręku nadzwyczaj się obawiała, zbadano dokładnie wnętrze worka przepuklinowego małym palcem, namacano małą przetokę jelitową w miejscu dawnéj smugi zapalnéj w części doprowadzającéj jelita, gdzie te szwy jedwabne tak łatwo jelito przerzynały i gdzie spojenie końców tak było trudne; następnie wymacano dobrze wytwarzającą się torbę, która okazała się zanieczyszczoną przez miazgę pokarmową, oraz ropę gęstą, niecuchnącą. Torbę zbadano jeszcze zgłębnikiem rowkowanym, a następnie w całéj długości cięciem pionowém, 7cm. długiém, od góry ku dołowi przecięto. Przez przecięcie odsłoniła się jama wielkości przeszło jaja kurzego, wyścielona w głębi błoną wrzekomą, pokrywającą pozrastane ze sobą pętle jelitowe i komunikującą w górze obszernym otworem z dolną częścią worka przepuklinowego. Zbawienny skutek przecięcia téj torby wkrótce się okazał, albowiem następnego dnia ciepłota wynosiła tylko 37·5°C. a późniéj nawet ciepłota wieczorna rzadko kiedy więcéj wynosiła niż 37·3 lub 37·4°C.

Z powodu wydzielania się jednak miazgi pokarmowéj przez przetokę jelitową musiano codziennie chorą opatrywać, t. j. przeciętą jamę i okolicę worka przepuklinowego tuż powyżéj położoną koło pętli jelitowéj musiano przepłukiwać wodą z małym dodatkiem tymolu (½‰) lub sublimatu (½‰) i następnie wyścielać gazą jodoformową a okolicę powłok brzusznych pokrywać warstwą mąki ryżowéj lub pszennéj w celu uniknięcia przykrego wyprysku. Zwolna zaczęły bujać granulacyje, jama poczęła się ściągać, przetoka jelitowa również coraz to mniejszą przepuszczała ilość miazgi pokarmowéj, a chora czując się na siłach, przechadzała się po pokoju i koniecznie upierała się, aby mogła powrócić do męża i do dzieci pozostawionych bez opieki. Napróżno przekonywałem chorą, że w domu u siebie nie może mieć ani odpowiedniéj opieki lekarskiéj, ani pożywnego jedzenia, polewek winnych, bulijonów, wina, któremi ciągle ją wzmacniano i przy dobrych siłach utrzymywano, podając pokarmy te, jużto przez usta, jużto znów wprowadzając je do ustroju przez przetokę zaopatrzoną w gruby kateter Nélatona naówczas; wszelkie namowy nie skutkowały na długo, a gdym po kilkodniowéj nieobecności znów do Buczacza powrócił i szpitalik odwiedził, nie zastałem już choréj, gdyż ta 30 sierpnia r. z. Buczacz opuściła, przyrzekając tylko siostrom miłosierdzia, że natychmiast powróci, gdyby się stan jéj miał pogorszyć. Od tego czasu choréj nie widziałem, a otrzymałem tylko na listowne zapytanie odpowiedź uspokajającą co do stanu jéj zdrowia; nadto kilku chorych z téjże wioski, operowanych przezemnie w ostatnich tygodniach, również potwierdzało pomyślny stan jéj zdrowia. Chora ta wygląda dość dobrze, pracuje ciężko, jak dawniéj, gdyż schodzi nawet z wysokiego wzgórza, na którem zamieszkuje, do Strypy, aby nad jéj brzegami prać bieliznę; słowem spełnia ciężkie obowiązki biednéj kobiety wiejskiéj. Co do przetoki jelitowéj to zmalała ona znacznie, tak, że zaledwo od czasu wydziela się płynna miazga w małéj ilości, podczas gdy dawniéj miazga była gęstą jak kasza. Stolec miewa co 2 lub 3 dni, a niekiedy nawet codziennie, podczas gdy po operacyi miewała stolec zaledwie raz na tydzień, i to po użyciu koneweczki Hegara.

Widoczną zatém jest rzeczą, że otwór w jelicie się ściąga i obecnie jest nader już nieznacznym, w najgorszym razie tylko zachodziłaby poniekąd obawa, że późniéj może wytworzy się małe zwężenie jelita w miejscu zeszycia i chora ta jedząc rzeczy bardzo niestrawne i grube pokarmy mogłaby doznawać wszelkich przykrych następstw chorobowego zatkania jelita w miejscu przewężoném. Przypatrzmy się teraz, jak pod względem anatomicznym przedstawia się wycięta ogromna, bo 69cm. długa, pętla jelita, która wysunęła się z worka przepuklinowego, a nie odprowadzona natychmiast uległa zapaleniu potęgującemu się coraz to bardziéj i posuwającemu się co raz to daléj.

Otóż widzimy jelito barwy jasno różowéj, zgrubiałe, pokryte ziarniną mniéj lub więcéj wybujałą: a jelito to ma postać wielkiego łuku zwróconego wklęsłością swą ku górze i składa się z 2 dośrodkowo i łukowato zgiętych części. Część jelita zgięta łukowato i położona ku wewnątrz jest w całości 30cm. długą i na 5cm. szeroką, a składa się znów z dwu połówek nierównych, t. j. z części mocno rozdętéj 18cm. długiéj i z części opadniętéj i wybitnie odsznurowanéj 22cm. długiéj. Część pierwsza (18cm. długa) leżała poza otworem worka przepuklinowego na wewnątrz, część druga szczuplejsza leżała już w worku samym.

Część łukowato zgięta zewnętrzna, mierzona wzdłuż linii obwodowéj zewnętrznéj, ma 49cm. długości i od 4- do 5cm. szerokości; wymiar zaś wzięty wzdłuż linii obwodowéj wewnętrznéj okazuje 30 cm. długości. Część ta łukowato zgięta składa się również z dwu połówek oddzielonych od siebie odsznurowaniem uwydatniającém otwór w worku przepuklinowym, część zewnętrzna jest 27cm. długa, część wewnętrzna worka położona jest 12cm. długa i podobnie jak i część jelita pierwszego, węższą i opadniętą. Obie te części łukowato wygięte tworzą razem pętlę, a zgięcie pętlowate jest po stronie prawéj opisywanego ciała umieszczoném. Długość całéj pętli wynosi 69cm. a przy mierzeniu zachowano, aby uniknąć przesady, tę ostrożność, że miarę centymetrową układano na wzdłuż linii obwodowéj zewnętrznéj, lecz w środku szerokości jelita i posuwano się ściśle według zagięć tegoż. (Dok. nast.)

III. Kilka słów o tak zwaném odwrotném działaniu środków przeciwgorączkowych.

Podał
Dr. W. Antoni Gluziński,
docent chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell.

W numerze 7ym Przeglądu Lekarskiego z b. r. ogłosił kol. Rosenbusch „przypadek ostrego zatrucia chininem z wysypką wejrzenia płonicowego", jaki obserwował u chorego z naciekami szczytowemi po podaniu dawki względnie niewielkiéj, bo 1grm. Nie wchodzę w to, czy słusznem jest nazwanie opisanych przypadów „zatruciem", korzystam tylko ze sposobności, aby podać kilka uwag tyczących się poruszonego przedmiotu.

Oddawna wiemy, że pewne osoby nie znoszą chininu, że mają w tym kierunku idiosynkrazyję, objawiającą się w rozmaity sposób, jużto, że dawki zwykłe wywołują u nich przypady, jakie zwykle dopiero po dawkach większych występują, jużto (rzecz rzadsza), że wcale nie znoszą chininu. W tym ostatnim kierunku obserwowałem fakt dość ciekawy, że kilku członków téj saméj rodziny z dwóch generacyj posiadało tę wrażliwość na chinin. Począwszy od 0·10grm. w miarę większéj dawki tém wybitniéj występowało u nich za każdym razem silne rozdrażnienie nerwowe, połączone nieraz z majaczeniem (odurzenie chinowe), a kilka razy spostrzegłem wysypkę rozsianą na twarzy, szyi, rękach, podobną do odrowéj. Ciepłoty wtedy nie mierzyłem. Rzecz tę poruszam tylko mimochodem, obecnie chodzi mi bowiem głównie o zwrócenie uwagi na szczegół, który zapewne skłonił kol. Rosenbuscha do ogłoszenia swego przypadku, t. j. że po chininie w odpowiedniéj dawce podanéj zamiast obniżenia stwierdził podwyższenie znaczne ciepłoty wśród okoliczności przemawiających bezsprzecznie za chininem, jako bezpośrednią przyczyną tego objawu. Sprawie téj chcę poświęcić słów kilka.

Znanym jest faktem w farmakodynamice, że u niektórych osób otrzymujemy po zadaniu pewnego środka wprost przeciwny skutek jak zwykle; dość przypomnieć bezsenność u niektórych po środkach nasennych, rozdrażnienie po środkach uspokajających, zwiększenie się bólu po morfinie (sam podobny przypadek obserwowałem, w którym wstrzyknięcie morfinu potęgowało napady kolki żółciowéj) itd. Jestto tak zwane „działanie odwrotne" (*conträre u. paradoxe Wirkung*). Tak samo po chininie otrzymujemy czasem zamiast obniżenia niespodziewane podwyższenie ciepłoty. Nie odnosi się to jednak tylko do chininu, ale w ogóle do wszystkich środków przeciwgorączkowych. Sam podobne zjawisko obserwowałem w klinice prof. Korczyńskiego po antipyrinie u choréj z podkopaném odżywieniem, dotkniętéj sprawą gruźliczą w płucach, gdzie ciepłota nagle podskoczyła do 40°C. (poprzednio nie przenosiła 38·4°C.), a skóra pokryła się obfitą wysypką. W literaturze lekarskiéj znajdujemy spostrzeżenia w tym kierunku od czasu, gdy Jerozolimski wykazał, że u ludzi zdrowych mamy niekiedy po chininie podwyższenie ciepłoty o 0·7—0·9C. I tak Herrlich z kliniki Leydena opisuje przypadek dotyczący bardzo niedokrewnéj dziewczyny, dotkniętéj chórą zimniczą, u któréj po każdorazowém podaniu 0·50grm. *Chin. sulf.* w kilka godzin występowało nagłe podwyższenie ciepłoty, trwające 24 godzin, a niekiedy i dłużéj. Erb podał choremu dotkniętemu gośćcem stawowym ostrym w przeciągu 8 dni 36grm. *acid. salicyl.* bez żadnych przypadów; w dwa dni późniéj podane 6·5grm. tego środka wywołały dreszcz, silne różycowate zaczerwienienie skóry, spojówek, błon śluzowych nosa i gardła, a w pół godziny potém rozpoczął się dwudniowy stan gorączkowy do 40°C. Przypad ten występował późniéj u tego chorego nawet po 1grm. *acid. salic.* Laache i Bernouilli spostrzegali każdy z osobna przypadek podobny do mojego, t. j. że u chorego ze sprawą gruźliczą płuc po antipyrinie występował dreszcz, wysypka na skórze i stan gorączkowy do 40·7°C.

Pomijając już inne przypadki, jak Tomaselliego, Liechtensterna, Fraenkla i t. d., na podstawie wszystkich powiedzieć można:

1) że zachowanie się to ciepłoty występuje po rozmaitych środkach przeciwgorączkowych;

2) że najczęściéj występuje u ludzi osłabionych z podkopaném odżywieniem;

3) że zwykle podwyższeniu temu ciepłoty towarzyszy wysypka na skórze, a niekiedy zaczerwienienie i na błonach śluzowych, dostępnych dla oka.

Dokładnego wyjaśnienia tego faktu do dziś dnia nie znamy, jakkolwiek nie zbywa na usiłowaniach w tym kierunku. Ze wszystkich znanych mi (Herrlicha, Fraenkla, Erba, Leichtensterna) najwięcéj zdaniem mojém wartości przedstawia tłumaczenie Aronsohna, które też w krótkości pozwolę sobie przytoczyć.

„Dla wytłumaczenia przypadków odwrotnego działania środków przeciwgorączkowych, powiada Aronsohn, musimy o tym fakcie pamiętać, że środki te obok ograniczenia spraw utleniania w organizmie działają i przez rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, które tém jest wybitniejsze, im naczynia poprzednio (przed podaniem) były więcéj zwężone. We wszystkich też przypadkach niespodziewanego podwyższenia ciepłoty po środkach przeciwgorączkowych miało miejsce nadmierne rozszerzenie naczyń skóry, które się objawiało jużto wysypkami, jużto różycowatém zaczerwienieniem lub obrzękami. W tym kierunku więc działanie środków przeciwgorączkowych,

jakkolwiek nadmierne, było prawidłowe; jeżeli jednak mimo takiego rozszerzenia naczyń skóry podniosła się ciepłota, to nie mogło się to stać inaczéj, jak przez nadmierne podrażnienie ośrodków gorączkotwórczych. Rodzaj zaś tego bodźca drażniącego poznamy, jeżeli, podobnie jak to czynią Erb i Fraenkel podwyższenie ciepłoty wprowadzimy w pewien związek z wysypką na skórze. We wszystkich bowiem prawie obserwowanych przypadkach najpierw i najwybitniéj występowały zaburzenia w układzie naczyniowym. W przypadku Erba o godz. $10\frac{1}{2}$ wystąpiło zaczerwienienie skóry, a dopiero o g. 11 dreszcz i podwyższenie ciepłoty. To przekrwienie zresztą nie ogranicza się tylko do skóry, ale zajmuje spojówki i błony śluzowe nosa, języka i gardła. Również pewne objawy zewnętrzne, jak np. szum w uszach, płatki przed oczami, ból głowy i t. d. uprawniają na podstawie doświadczalnych badań Kirchnera do przypuszczenia, że w odpowiednich narządach wewnętrznych jest przekrwienie....... a moczenia krwawe, białkomocz, żółtaczka, spostrzegana niekiedy po podaniu chininu, kw. salicylowego i t. d., są dalszemi objawami nawału krwi do organów wewnętrznych. Na podstawie tych spostrzeżeń przychodzimy do wniosku, że i to niespodziewane podwyższenie ciepłoty nie jest niczém innném, jak objawem przekrwienia ośrodka gorączkotwórczego w skutek zaburzenia w krążeniu".

W końcu wypowiada Aronsohn nadzieję, że liczba obserwowanych przypadków odwrotnego działania środków przeciwgorączkowych zwiększy się, jeżeli, w każdym razie wystąpienia wysypki na skórze po podaniu środka przeciwgorączkowego, będziemy ciepłotę dokładnie mierzyć. Potwierdzeniem niejako tego przypuszczenia Aronsohna był przypadek ogłoszony przez kol. Rosenbuscha, w którym tenże podwyższenie znaczne ciepłoty po chininie stwierdził właśnie obok równoczesnego różycowatego zaczerwienienia skóry.

IV. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
b. asystent tego zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8.).

Nr. IV. Pies średniéj wielkości, kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 6. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy przeciętych nerwach językowych.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
Przy zwyczajnéj ciepłocie.				
60mm.	1 sek.	8″	80″	Na pojedyncze uderzenia prądu nerwy nie oddziaływają.
„	„	10″	120″	
„	„	9″	100″	
Przy oziębianiu do 20° C.				
40mm.	1 sek.	25″	150″	
„	„	30″	200″	
„	„	28″	185″	

Przy dalszém oziębianiu do 10° nie można było wywołać zwężenia nawet długotrwałemi, silnemi prądami.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali
Przy ogrzewaniu do 40°.			
40mm.	1 sek.	4″	?
„	„	5″	20″
„	„	6″	24″
„	„	7″	25″

Drażniono następnie oba nerwy przez 15 minut przy odległości cewek 40 mm. *Maximum* fali wystąpiło po 8 minutach, poczém utrzymywało się pióro w téjże saméj wysokości przez cały czas drażnienia, skoro ustano drażnić, poczęło się pióro bardzo szybko podnosić — nie utrzymując się przez czas dłuższy na téj saméj wysokości, jak przy nerwach językowych.

Nr. VII. Duży pies. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 8. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy nienaruszonych nerwach językowych.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
Przy zwykłéj ciepłocie.				
40mm.	1 sek.	9″	60″	
„	„	10″	65″	
„	„	8″	75″	
„	„	9″	70″	
Przy oziębianiu do 12° C.				
40mm.	1 sek.	25″	96″	
„	„	20″	90″	
„	„	40	160″	
Przy ogrzewaniu do 40° C.				
40mm.	1 sek.	5″	20″	
„	„	7″	25″	
„	„	6″	18″	
„	„	4″	15″	

Nr. VIII. Mały piesek. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 7. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy nienaruszonych nerwach językowych.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
Przy zwyczajnéj ciepłocie.				
60mm.	5 sek.	12″	82″	
„	„	10″	96″	
„	„	10″	67″	
„	„	9″	?	
„	„	11″	84″	

Przy oziębianiu do 10°.

Nerwy podjęzykowe nie oddziaływały przy odległości cewek 60mm. i przy podrażnianiu trwającém 5″, poczęto więc pobudzać nerwy przy odległości cewek 40 mm. i przez 10 sekund.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali
40mm.	10 sek.	27″	200″
„	„	25″	180″
„	„	18″	?
„	„	20″	160″
„	„	24″	190″
Przy ogrzewaniu do 40° C.			
40mm	10 sek.	12″	60″
„	„	11″	66″
„	„	12″	54″
„	„	12″	60″
„	„	13″	40″

Nr. IX. Duża suka. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 9. Podrażniano nerwy językowe przy zachowanych nerwach językowych.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
Przy zwyczajnéj ciepłocie.				
60mm.	5 sek.	10″	85″	
„	„	12″	90″	
„	„	12″	75″	
„	„	8″	70″	

Przy oziębianiu do 10° C.

Nie można było wywołać zwężenia nawet silnemi prądami.

Przy ogrzewaniu do 40° C.

60mm.	5 sek.	6"	40"
"	"	8"	55"
"	"	7"	45"
"	"	6"	50"

Jak widzimy z powyższych protokółów, fala nietylko przy oziębianiu późniéj dochodzi do *maximum*, a wcześniéj przy ogrzewaniu języka, lecz również w tym samym stosunku powraca do 0, tj., że oziębianie opaźnia, ogrzewanie przyspiesza powrót do 0, nie tak jednak wybitnie jak przy nerwach językowych. Różnice te łatwo wytłumaczyć można pomocniczem działaniem parcia krwi. Stosunki powyższe uwidacznia fig. IV.

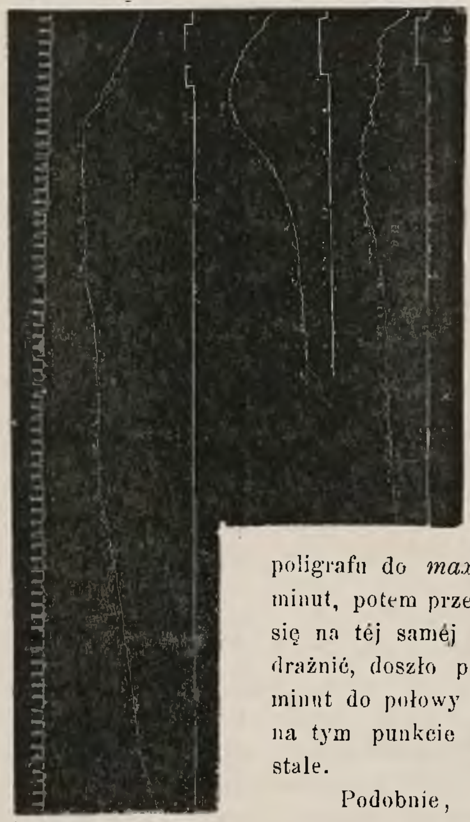


Fig. IV.

Nr. X. Duży pies. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało g. 6. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy zachowanych nerwach językow. Odległość cewek wynosiła 40 mm. Walec obracano ręką co 5 minut.

Podczas ciągłego drażnienia obniżyło się pióro poligrafu do *maximum* w przeciągu 10 minut, potem przez 30 min. utrzymywało się na téj saméj wysokości. Skoro ustano drażnić, doszło pióro już w przeciągu 5 minut do połowy wysokości, licząc od 0 i na tym punkcie utrzymywało się nadal stale.

Podobnie, jak przy krótkotrwałém drażnieniu, powracało pióro do 0 znacznie szybciéj aniżeli przy nerwach językowych; jak to już zresztą zaznaczone było przy doświadczeniu Nr. VI.

Podrażniano następnie nerwy podjęzykowe przy ciepłocie 10° przez 30 minut. Fala doszła do *maximum* po 10 minutach, utrzymywała się na tym samym stopniu przez minut 20 (licząc od początku drażnienia), poczem mimo dalszego pobudzenia nerwów poczęło się pióro podnosić i w 30 minutach przekroczyło już znacznie po za normę. Po ustaniu drażnienia jeszcze przez czas pewien wznosiło się pióro.

Zjawisko to, przemawiałoby na pozór za twierdzeniem Berntheima (odnoszącém się jednak do nerwu kulszowego, nie zaś podjęzykowego), iż podrażnianie nerwu zwężającego wywołuje rozszerzenie naczyń, jeśli one są poprzednio zwężone przez oziębienie. Skłonniejszy jednak byłem do przypisania tego zjawiska porażeniu naczyń w skutek długotrwałego oziębiania i dla stwierdzenia tego powtórzyłem doświadczenie podrażniania nerwów przy samém tylko oziębianiu języka. Przeczekawszy więc około 1½ godz., ażeby naczynia mogły powrócić do stanu prawidłowego, począłem przepuszczać przez pletysmograf zimną wodę. Rzeczywiście po półgodzinném oziębianiu języka pióro poligrafu, które poprzednio znacznie się obniżyło, poczęło się wznosić i po dłuższym czasie przekroczyło wysokość, w jakiéj się przed ziębieniem znajdowało. Doświadczenie to, powtarzane kilkakrotnie na psach nieznużonych, świeżo do doświadczenia wziętych, zawsze zgodne dawało wyniki.

Jak poprzednio przytoczone doświadczenia (Nr. I i II) wskazują, wystarcza do zwężenia naczyń podrażnianie nerwów podjęzykowych 1, 2, 3, 4 itd. uderzeniami, podobnie jak się rzecz ma z nerwem językowym. Fakt ten stoi w sprzeczności z twierdzeniem wielu autorów, że nerwy zwężające naczynia wymagają dłuższéj i silniejszéj podniety, aniżeli nerwy rozszerzające, a szczególnie z takiém twierdzeniem Ostroumowa co do nerwów podjęzykowych. Przyczyny téj różnicy szukać należy po większéj części w niedokładnéj metodzie, która polegała na bezpośredniéj obserwacyi zmian naczyniowych na języku. Fala zwężenia naczyń, otrzymana metodą pletysmograficzną przy pojedyńczych uderzeniach lub bardzo słabym prądzie, jest znacznie mniéj wybitna, aniżeli fala rozszerzenia przy nerwach językowych, nic więc dziwnego, że mały skutek nie dawał się bezpośrednio zauważyć. Przyznać zresztą muszę, że nerwy podjęzykowe o wiele częściéj nie oddziaływują na pojedyncze uderzenia prądu indukcyjnego aniżeli językowe, a czasem zupełnie nie oddziaływują na prądy nawet znacznéj siły. Okoliczność tę zauważyć też można w doświadczeniach przytaczanych w pracy Anrepa i Cybulskiego. Nie udało mi się natomiast nigdy spostrzedz rozszerzenia naczyń w skutek podrażniania gałązek nerwu podjęzykowego ani słabemi, ani silnemi prądami, o czém wyżéj wymienieni autorowie wspominają.

W badaniach moich nad nerwami podjęzykowemi zauważyłem, że wysokość fali, otrzymanéj przez drażnienie tychże nerwów przy ogrzewaniu języka, jest nader małą, a natomiast wzrasta w wybitny sposób przy oziębianiu. Wyjawiłem wtedy zapatrywanie, że zależy to od stanu naczyń, które zwężone przez oziębianie rozszerzają się bardzo znacznie przy drażnieniu nerwów, skoro zaś są już poprzednio rozszerzone przez ogrzewanie języka, wtedy rozszerzanie to nie wiele już tylko zwiększyć się może; odnosiłem więc to zjawisko jedynie do działania ciepłoty na mięśnie naczyniowe. Doświadczenia poczynione nad nerwami podjęzykowemi potwierdzają w zupełności to przypuszczenie; w miarę bowiem ogrzewania języka fala zwężania staje się wyższą, przeciwnie zaś przy oziębianiu coraz to niższą, aż wreszcie wysokość jéj dochodzi do 0, czyli innemi słowy naczynia rozszerzone przez ogrzanie mogą się znacznie więcéj zwężać, aniżeli gdy już są zwężone przez oziębianie. Jeżeli się język znacznie oziębia, wtedy naczynia zwężają się do pewnego *maximum*, którego nie mogą już przekroczyć mimo silnego pobudzania odnośnych nerwów.

Tyle co do wysokości fali.

Co się tyczy długości fali, zachodzą tutaj te same stosunki, jak przy nerwach językowych, jest ona krótsza przy ogrzewaniu, dłuższa przy oziębianiu, choć nie tak znacznie jak przy nerwach językowych, co tłumaczy, jak już nadmieniałem, działanie parcia ościennego krwi.

Dla ułatwienia przeglądu zestawię tutaj wyniki omówione poprzednio przy różnych doświadczeniach:

1) Okres utajonego pobudzenia wynosi przy zwyczajnéj ciepłocie około jednéj sekundy — staje się krótszym przy ogrzewaniu języka, przedłuża się zaś wybitnie przy oziębianiu tegoż narządu.

2) *Maximum* zwężenia występuje wcześniéj przy ogrzewaniu, opaźnia się przy oziębianiu języka, odnośnie do zwyczajnéj ciepłoty.

3) Powrót naczyń do stanu pierwotnego rychléj nastę-

puje przy ogrzewaniu, aniżeli przy zwyczajnéj ciepłocie, później zaś przy oziębianiu, oczywiście wśród zachowania tych samych stosunków co do siły i czasu drażnienia.

4) Fala staje się wyższą, a względnie głębszą przy ogrzewaniu, niższą lub płytszą przy oziębianiu języka, — co należy prawdopodobnie do skutku muskulatury naczyń.

5) Już jednorazowe uderzenie prądu jest w stanie wywołać zwężenie naczyń.

6) Przy długotrwałém drażnieniu naczynia utrzymują się w zwężeniu około 25 minut.

7) Atropin nie poraża nerwu podjęzykowego.

Jeżeli porównamy te własności z własnościami nerwów językowych, spostrzeżemy od razu wybitne ich podobieństwo, z małemi tylko różnicami, które staraliśmy się poprzednio wytłumaczyć, np. co do długości fali. W żaden więc sposób nie możnaby tutaj upatrywać jakiejkolwiek analogii z unerwieniem serca — ani własności nerwów językowych nie są podobne do własności nerwu błędnego, ani też nerwów podjęzykowych nie można porównać z *accelerantes* serca. Również i co do przypuszczania obecności zwojów samodzielnych nie mamy żadnych podstaw. Wszystko natomiast przemawia z dotychczasowych doświadczeń za bezpośrednim wpływem nerwów na mięśnie naczyń. W jaki jednak sposób mamy sobie sprawę rozszerzania naczyń tłumaczyć, czy jak Exner podwójnym układem mięśni, tj. podłużnym i okrężnym, czy też inaczéj, o tém nie jestem w stanie na razie sądzić, a ograniczyć się muszę do zaznaczenia tylko faktów, które stoją w wybitnéj sprzeczności z teoryją samodzielnych zwojów obwodowych.

V. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Prof. Urbantschitsch (Wiedeń): **O wpływie wzajemnym pobudzania jednego zmysłu na inne wrażenia zmysłowe.**

Z badań autora co do fizyjologicznéj wzajemności między wrażeniami słuchu i wzroku wynika, że pobudzenia słuchu wpływają na wrażenia wzrokowe, wywołując po największéj częsci podwyższenie wrażliwości na barwy, jakoteż bystrości wzroku. Te same wyniki osiągnął autor z badania wzajemności między pobudzeniami słuchu z jednéj strony, a zmysłem smaku i węchu z drugiéj strony. Bodźce słuchu, a mianowicie wysokie i niskie tony, wzmagają po największéj części czucie smaku i węchu, niekiedy jednak osłabiają takowe. Czucie dotyku przeważnie zmniejsza się pod wplywem rozmaitych tonów na ucho. Co się tyczy wpływu wrażeń wzrokowych na wrażenia słuchu, pokazało się, że światło działa na sluch podniecająco, ciemność zaś przytłumiająco. Szczególnie zajmujący jest wpływ rozmaitych barw na wrażenia słuchu; tony ulegają zmianie w swéj wysokości przez działanie rozmaitych barw. Umiejscowienie nawet tonów zmienia się przedmiotowo, przenosząc się ku tyłowi, któreto zjawisko autor tłumaczy przesunięciem podmiotowego pola słyszenia. W podobny sposób, jak na wrażenia słuchowe, wpływają wrażenia rozmaitych barw na zmysł smaku. Wrażenia światła i barw działają podniecająco na zmysł węchu, dotyku i ciepłoty. Podobne doświadczenia przeprowadził autor pod względem wzajemnego działania innych wrażeń zmysłowych i doszedł do wniosku, że istnieje prawo fizyjologiczne, obejmujące wszystkie zmysły, według którego pobudzenie jednego zmysłu wywierać może wpływ na inne zmysły. Nadto udało się autorowi wykazać wystąpienie podmiotowych wrażeń barwnych przez podniecanie różnych zmysłów. Gdy ktoś np. patrzy na białą płaszczyznę, np. na kawałek białego papieru, występują u największéj liczby ludzi podmiotowe objawy barwne przy zadziałaniu wrażeń słuchu, smaku, węchu albo dotyku, które cechują się wystąpieniem plam albo pasków barwnych. (*Intern. klin. Rundschau* 1887, Nr. 44).

Dr. R. Spira.

Farmakologija.

Aufrecht (Magdeburg): **O zastosowaniu kwasu salicylowego i salolu w gośćcu stawowym.**

Znakomite i zbawienne działanie kwasu salicylowego w gośćcu stawowym dokładnie każdemu z lekarzy już jest znane. Zdaniem Aufrechta jednak racyjonalnemu leczeniu gośćca za pomocą kwasu salicylowego staje wiele okoliczności na zawadzie. Mimo obfitego popijania wody, brania leku w opłatkach, występują często po nim nudności, wymioty, palenie w żołądku, a niekiedy po dłuższém używaniu duszność, którą nazywa salicylową. Salicylan sodu nie wiele się różni od samego kwasu salicylowego. Z radością téż, powiada A., przyjął doniesienie Sahliego (*Corresp. für Schweiz. Aerzte* 1886, 12 i 13) o salolu, jako nowym, znakomicie działać mającym leku przeciwgośćcowym. Dodatnie cechy tego nowego jeszcze przetworu fabrycznego w zupełności uznaje. Podawał go i doświadczał w 40 przypadkach, a okazał się pod wielu względami lepszy aniżeli kwas salicylowy. Przypady żołądkowe występowały po nim rzadko. Raz tylko wystąpiły wymioty, mimo nich jednak lek podawano daléj. Tak samo podawano go daléj mimo chwilowego odbijania. Apetytu nie psuł, a poty, jeżeli w ogóle w którym przypadku wywołał, były w porównaniu z potami występującemi po kwasie salicylowym nieznaczne; szum w uszach występował na 40 przypadków tylko 5 razy; ustał jednak pomimo dalszego podawania leku. Mocz przyjmował z początku barwę ciemno zieloną, ta jednak wśród dalszego leczenia ustępowala. Wystąpienie jéj nie stanowi przeciwwskazania dla podawania salolu, dowodem czego, że jedna chora wyżyła 243 gr. salolu, nie okazując żadnych po nim przypadów. Podczas gdy jednak na 600 przypadków gośćca leczonych od r. 1880 kwasem salicylowym nie było ani jednego przypadku śmierci z niego samego, zdarzył się na 40 przypadków salolem leczonych jeden z niepomyślném zejściem. Sekcyja jego wykazała wprawdzie dostateczne przyczyny śmierci (anatomiczne w sercu), mimo to jednak było widoczną rzeczą, że chory umarł z powodu gwałtownego zapadu, wywołanego salolem (chory dostawał przez dłuższy czas 8·0 dziennie salolu). Doświadczenie to przykre sprawiło, że A. podaje obecnie swoim chorym w pierwszych 2 dniach po 6·0 kwasu salicylowego, a w dalszych po 6·0 salolu, zmniejszając z czasem dawkę coraz bardziéj. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1888, Nr. 2).

H. K.

Sahli: **O leczeniu gruźlicy za pomocą gwajakolu.**

Okoliczność, że wyroby fabryczne kreozotu nie są jednako dobre, (kreozot ze smoły z drzewa bukowego mięszają z kreozotem ze smoły z kamiennego węgla otrzymanym), zmusiła S. do stosowania zamiast kreozotu samego głównego jego składnika, t. j. gwajakolu. Zapisuje on *Rp. Guajacoli puriss. 1·0—2·0 Aq. dest. 180·0, Spir. vini 20·0 MD. in vitr nigr. S.* 2—3 dziennie łyżeczkę lub łyżkę w szklance wody zażyć. Przyczém radzi brać lek po jedzeniu. Niekiedy podawał go w tranie rybim. Wyniki, do jakich S. doszedł, zgadzają się z wynikami, jakie otrzymali Sommerbrodt

i Fräntzel z kreozotem a autor określa je jak następuje: Gwajakol łagodzi skłonność do kaszlu, ułatwia wykrztuszanie, zmniejsza wydzielinę, poprawia znakomicie ogólny stan i podnosi łaknienie szczególnie w początkowych okresach gruźlicy; wiele osób go nie znosi, zwymiotują go, szczególnie osoby dotknięte daleko już posuniętą gruźlicą, inni dostawali po nim biegunki. Zapach i smak gwajakolu są przyjemniejsze aniżeli kreozotu. Jeżeli go chorzy znoszą, należy go podawać tygodniami i miesiącami, a wtedy tak się do niego przyzwyczają, że proszą się o niego chętnie. W przypadkach kaszlu silnego lub krwotoku można go łączyć z narkotykami (*Münch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 50). *H. K.*

Choroby wewnętrzne.

P. Guttmann (Berlin): **istota indygorodna w wypocinie opłucnowéj.**

Ciekawe spostrzeżenie, dotychczas przez nikogo nieuczynione, opisał i podał G. na posiedz. Tow. lek. berl. Wysięk opłucnowy, surowiczo włóknikowy, który przy wypuszczeniu nie okazywał żadnych cech charakterystycznych, zabarwił się po półgodzinnem staniu na wolnem powietrzu zielonawo-niebiesko. Grzybka, któryby przez działanie zaczynowe zabarwienie to sprowadził, nie znamy; w płynie samym ani pod drobnowidem ani przez hodowlę na agarze, surowicy krwi i gelatynie grzybków nie wykazano; za to wykazano w nim pod drobnowidem małe igiełki. Badania chemiczne, przedsięwzięte wspólnie z prof. Briegerem, wykazały, że kilka kropel płynu, zmięszanych z chloroformem, lub eterem, oddaje barwik chloroformowi, eterowi zaś nie. W alkalicznym rozczynie cukru gronowego barwik znika zupełnie, płyn staje się jasny. Po dodaniu do tego roztworu odtlenionego kwasu solnego i chlorku żelaza zabarwienie powraca. Ponieważ płyn wypuszczony z klatki piersiowéj, zupełnie jasny, dopiero po staniu na wolnem powietrzu i przyjęciu tlenu stał się niebieskim, musiało ciało zmianę tę wywołujące już w klatce piersiowéj być obecne jako indygo białe. Że tego dotychczas nie zauważono, może powód ten, że mało kto płyn opłucnowy przechowuje. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, Nr. 51). *H. K.*

Wagner (Blankenburg): **O leczeniu nasieniotoku.**

Autor podaje, że w kilku przypadkach nie spostrzegł polepszenia po stosowaniu prądu stałego, gdy przeciwnie prąd przerywany dobre oddawał usługi w wymienionéj chorobie. Zestawiając te spostrzeżenia, przychodzi autor do wniosku, że we wszystkich przypadkach nasieniotoku, w których jako przyczynę pierwotną można wykazać wybryki pod względem płciowym, samogwałt, albo w których żadnéj przyczyny wykazać nie można, chyba tylko ogólne osłabienie, należy jedynie stosować prąd przerywany. Wszędzie zaś, gdzie jego przyczyną jest lub była rzeżączka, gdzie zatém ma się do czynienia jedynie ze sprawą przewlekłą, zapalną, toczącą się w części międzykroczéj cewki moczowéj, a ztąd i w przewodach nasiennych, można się jedynie po prądzie galwanicznym spodziewać skuteczności. Oprócz tego, radzi w każdym przypadku obok leczenia miejscowego i ogólnie chorego leczyć, jeżeli jest wskazanie po temu. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1887, Nr. 51). *H. K.*

Prof. Schatz (Rostock): **O przeroście serca.**

Oprócz chorób anatomicznych serca samego i chorób jego nerwowych uważano dotychczas za przyczynę przerostu serca jeszcze tylko zwiększony opór w naczyniach albo z powodu ich zwężenia albo utraty sprężystości lub podniesionego parcia. Dopiero niedawno temu Oertel wykazał, że i krwistość (*plethora*) żylna, przez podwyższenie parcia w żyłach i szybszy dopływ krwi do serca może być przyczyną jego przerostu. Zdanie to Oertla, na które się fizyjologowie, a w pierwszym rzędzie i Basch, nie zgadzają, chce S. poprzeć i wykazać, że ma za sobą racyjonalne podstawy. Przerost serca w marskości nerek tłumaczą zwykle klinicyści tém, że przez wypadnięcie czynności znacznéj części nerek, podwyższa się parcie w naczyniach i w skutek tego serce przerasta. Za tém powiada S. nie przemawia wcale okoliczność, że po wycięciu jednéj całéj nerki parcie krwi wcale się nie podnosi i przerost serca nigdy wtedy nie powstaje, a każdy przyzna, że w takim przypadku przecież więcéj dróg dla krwi ubywa niż w marskości nerek. Przerostu serca trzeba, zdaniem prof. S., szukać w zastoju żylnym, sprowadzonym przez zwiększoną ilość krwi powstałą na podstawie zwolnionego odwodnienia jéj w marskości nerek, powiększenia następowego parcia w żyłach, szybszego odpływu krwi do przedsionka, który kurcząc się silniéj dla wypróżnienia całéj krwi w nim zawartéj, sprowadza po dłuższym czasie przerost roboczy i podwyższenie parcia w krążeniu tętniczém. Zdaniem więc S. przerost serca i podwyższone parcie w tętnicach są równorzędnemi następstwami zwiększonego dopływu krwi do serca. Za tém samém przemawia daléj

Przerost lewego przedsionka u noworodków, uważany zazwyczaj za następstwo zwiększonéj pracy jego dla pokonania większego oporu w wielkiém krążeniu. Tymczasem należy, zdaniem S., szukać przyczyny przerostu lewego serca u noworodków nie w krążeniu wielkiém lecz w krążeniu małém, nie w większém parciu w tętnicy głównéj aniżeli w tętnicy płucnéj, lecz w większém parciu krwi w żyłach płucnych w porównaniu z parciem jéj w żyłach głównych górnéj i dolnéj. Po urodzeniu się dziecka większy opór dla krążenia krwi jest w krążeniu wielkiém aniżeli w krążeniu małém. Dotychczas jednako silne komórki różną ilość krwi zaczynają z powodu tego wypychać do naczyń, prawa komórka więcéj niż lewa. Więcéj też krwi przybywa przy końcu krążenia do przedsionka lewego i komórki lewéj niż do przedsionka prawego. Komórka lewa z powodu tego rozszerza się pomału i przerasta, dla wypróżnienia się całkowitego, mięsień jéj staje się stosunkowo grubszy, mięsień prawéj komórki nie. Różnica jednak ta trwa krótko, wkrótce bowiem w skutek przerostu lewéj komórki, większego parcia w aorcie, więcéj krwi dostaje się do przedsionka prawego. Dzieje się to dopóty, aż parcie w krążeniu dużém tak zostaje podwyższone przez przerost serca lewego, że ilość krwi przypływającéj do serca drogą krążenia dużego i małego jest jednaka. W ten sposób tłumaczyć należy, dla czego komórka lewa ma potém grubszy zawsze mięsień niż prawa.

Ostatnim niezbitym dowodem, że krążenie żylne może sprowadzić przerost serca, jest przerost serca u bliźniaków jednojajowych. Między krążeniem łożyskowém jednego płodu (F) a krążeniem łożyskowém drugiego płodu (F^1) istnieją połączenia naczyń według Schatza (*Arch. f. Gynäk.*, T. XXIV, XXVII, XXX) jedne prowadzące krew tętniczą z płodu F do żylnego krążenia F^1, na odwrót z F^1 do F tak samo, a oprócz tego i trzecie połączenie naczyń, które prowadzi przez serca obu płodów. Jeżeli tedy owo trzecie krążenie jest „dynamicznie symetryczne“, t. j. że tamte dwa krążenia są sobie jakościowo i ilościowo równe, co też zazwyczaj się dzieje, to owo trzecie krążenie nie wchodzi u obu płodów wcale w rachubę. Jeżeli zaś jest ono asymetryczne, to znaczy, że krążenie F F^1 więcéj do-

prowadza od F do F' krwi, aniżeli prąd z F' do F, to wtedy zachodzi między sercami bliźniaków już w macicy taki sam stosunek jak u noworodków między obydwiema komórkami i wtedy też zostaje wyrównana asymetryja trzeciego krążenia przerostem serca u płodu F' tak samo, jak zostaje wyrównana asymetryja w krążeniach krwi obydwóch przez przerost komórki lewéj u noworodków. Obydwa przerosty zgadzają się zupełnie ze sobą w têm, że obydwóch przyczyną jest krążenie żylne przy zupełnie zdrowych mięśniach sercowych. *W. Arch. f. Gynäk*, T. XXX rozbiera tę rzecz autor obszernie.

Należy więc obecnie, zdaniem prof. S., nietylko w krążeniu wielkiém ale i w krążeniu żylném, nietylko w stanach chorobowych ale w ogóle szukać przyczyny przerostu. (*Berliner klinische Wochensch.*, 1887, Nr. 51). *H. K.*

Docent Lustig (Turyn): **O leczeniu cholery azyjatyckiéj.**

L. badał jako prymaryjusz szpitala cholerycznych różne metody leczenia cholery azyjatyckiéj, głównie zaś podane przez Cantaniego hypodermoklyzy, tj. podskórne wstrzykiwania roztworu soli kuchennéj i węglanu sodowego i enteroklyzy, tj. wlewania płynów przeciwgnilnych do jelita grubego. Wlewania do jelit sublimatu w roztworze (0·02 na 2000 wody) okazały się prawie nieskutecznemi, badanie kału cholerycznych przed wlewaniami i po takowych dawało jednaki wynik co do obecności i ilości prątków. Sublimat ogrzewano zawsze do 38—39° C. Zdaniem L. działa on inaczéj na prątki po za ustrojem sztucznie hodowane, a inaczéj w obec żywéj tkanki, a têm mniéj jeszcze w obec potasowych, siarkowych i organicznych połączeń, które zamieniają sublimat w ciało prawie pozbawione własności przeciwgnilnych. Sam van Ermengem powiada, że trzebaby użyć 10 gr. sublimatu na 1000 wody, a z tego roztworu 1 część na 4 części objętości zakażonéj istoty, aby w ustroju ludzkim ściśle działał przeciwgnilnie. Skuteczniejszemi okazały się wlewania do jelit kwasu garbnikowego, niekiedy z dodatkiem nastoju makowcowego lub sublimatu, a więc nieco odmienne od wlewań pierwotnie przez Cantaniego podanych. I tu mógł L. zarówno przed, jak i po wlewaniach wykazać w kale prątki cholery Kocha w znacznéj ilości, zawsze jednak po wlewaniach mniéj niż przed takowemi. Energicznemu działaniu tych wlewań przeszkadzają, zdaniem L., skrzepłe białkany, które zamykają w sobie prątki i chronią je od zniszczenia, przez tak dobrze sterylizujący kwas garbnikowy. Zaraz po pierwszém wlaniu płynu do jelit chorzy mniéj doznawali parcia, wypróżnienia późniejsze następowały niekiedy dopiero po kilkogodzinnéj przerwie, były gęstsze i ciemnoszaro zabarwione. W przypadkach daleko już posuniętego okresu chorobowego wlewania te nic prawie nie pomagają, zatrucie ptomainami już nastąpiło, choroba miejscowa stała się ogólną. Pod tym względem zgadza się L. zupełnie z Kochem. Za têm tłumaczeniem niepomyślnego działania wlewań w późniejszych okresach choroby przemawiałoby, zdaniem L., i spostrzeżenie Hueppego, który wykazał, że w późniejszym okresie cholery prątki wnikają wgłąb ścian jelit, i znajdują się w głębszych warstwach przybłonka. L. oświadcza się dla tego za stosowaniem wlewań do jelit płynów przeciwgnilnych, a przede wszystkiem kwasu garbnikowego, w każdym przypadku rozwolnienia spostrzeganego podczas nagminnéj cholery. Wlewania podnoszą ciepłotę ciała, i pobudzają serce, szczególnie po dodaniu do nich wyskoku, rumu lub koniaku, ale nadto chorzy czują się lepiéj, parcie nieznośne i wypróżnienia ustawiczne ustają; od krwi dostaje się nieco płynu, nie zgęszcza się dla tego tak znacznie i nie przychodzi do bezmoczu; chronią one ustrój od pojawienia się okresu zamartwiczego i zapobiegają grożącemu zatruciu. W przypadkach gwałtownie przebiegającéj cholery enteryklyzy nic nie pomagają. Hypodermoklyzy stosował L tylko dwa razy, oba przypadki zakończyły się niepomyślnie, w jednym z nich hypodermoklyzy stosowano razem z enteroklyzami. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 43, 44, 45). *H. K.*

β. **Znaczenie buczenia w niedokrewności.** Dr. Apetz jako wynik swych poszukiwań podaje: 1. Szmery słyszalny w żyle szyjnéj w jakichkolwiek warunkach zależne są w pierwszym rzędzie od wieku; im późniejszy wiek, têm rzadziéj one występują. 2. Szmery, jakie dają się słyszeć przy skręceniu głowy w bok na przeciwnéj stronie nie stoją w związku z niedokrewnością, ale są zjawiskiem czysto fizyjologicznym. 3. Prawdziwe „szmery żylne," występujące przy prostém trzymaniu głowy u ludzi w średnim wieku (20—60 lat) a pojawiające się z pewną stałością oraz nasileniem, mają znaczenie patologiczne; nie można jednak objawowi temu przypisywać doniosłości patognomonicznéj w rozpoznawaniu niedokrewności. 4. W ogóle można twierdzić, że „szmery żylne" nigdy nie są objawami rozpoznawczemi dla niedokrewności oraz blednicy, choćby te nawet występowały w nader wysokim stopniu. (*Deutsch. Med. Ztg.*).

Choroby krtani.

Bergmann (Ryga): **O pierwotnéj róży krtani.**

Że róża pierwotnie może wyjść z krtani, wykazano dopiero przed kilkunastu laty. Podania o niéj uważano przez długi czas za niezupełnie pewne, utrzymywąno bowiem, że niektórzy klinicyści mieli prawdopodobnie do czynienia tylko z nieżytem krtani, towarzyszącym róży na twarzy. Wykazanie jednak koków Fehlheisena w przypadkach róży saméj krtani utrwaliło dopiero o niéj zdanie. Objawy róży krtani pierwotnéj są te same, co w róży skóry, a miejscowe objawy występują jako bardzo żywe różowe zabarwienie krtani, obrzmienie błony śluzowéj, niekiedy wysypka na niéj pęcherzykowa, utrudnione połykanie. Obrzmienie może być tak znaczne, że prowadzi do zwężenia światła krtani i zmusza do tracheotomii, którą znowu należy w tych przypadkach uważać za zabieg bardzo ciężki, bo sprowadza różę rany, tchawicy i płuc, czego owocem zapalenie płuc następowe; droga szerzenia się jéj jest wtedy zstępującą. Może atoli być i wstępującą, a wtedy szerzy się na błonę śluzową nosa, ucha i występuje na powierzchnię zewnętrzną ciała, jako róża skóry. Rokowanie w każdym takim przypadku jest niedobre, jak wynika z nielicznéj statystyki, zestawionéj przez B., śmiertelność ich jest znaczna, rzadko kiedy pomoc nasza wstrzymuje dalszy rozwój choroby. Dwa przypadki własne, które się, mimo ciężkich powikłań, dobrze zakończyły, dały B. powód do ich ogłoszenia. Bylito dwaj bracia; u jednego z nich przyszło oprócz miejscowéj róży w krtani do róży skóry, na twarzy i całéj klatce piersiowéj, już prawie na ukończeniu choroby dostał zapalenia płuc, z którego jednak wyszedł. Drugi dostał tak znacznych objawów zwężenia krtani, że musiano wykonać tracheotomię, róża szerzyła się na skórze ramion i utrzymywała się, aż nastąpił zupełny spadek gorączki. Koków wprawdzie na błonie śluzowéj krtani ani w niéj nie wykazano, bo ich nie szukano, nie ulega jednak wątpliwości, że z różą się miało do czynienia. B. zastanawia się w dalszym ciągu, czy nie byłoby lepiéj i dla chorych bezpieczniéj, gdyby się zamiast tracheotomii tylko rozszerzało światło krtani za pomocą rurek krtaniowych Schröttera lub intubacyi O' Dwyera, narzędzia u nas w Europie

mało używanego, w Ameryce jednak z dobrym wynikiem stosowanego, służącego do stałego rozszerzenia światła krtani. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1887, Nr. 49—50). *H. K.*

Położnictwo.

Gulinski: **Przypadek połogowego zapalenia spojenia łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych.**

Jedno z najrzadszych powikłań sprawy połogowéj opisał G., mając sposobność spostrzegania go w przytułku położniczym. U kobiety prawidłowo zbudowanéj i odżywionéj, u któréj poród z powodu słabych i nieregularnych bólów i wolnego rozszerzania się ujścia zewnętrznego musiano kleszczami ukończyć, poczém płód był omdlały, wystąpiły na drugi dzień po porodzie bóle w okolicy wzgórka łonowego i obu stawów krzyżowo-biodrowych, utrudniające wszelkie poruszenia tułowia i odnóg dolnych. Badanie szczegółowe nie wykazało nic nieprawidłowego oprócz bolesności w okolicy spojenia łonowego. Ciepłota 37·5C. W następnych 4 dniach okolica ta nieco obrzmiała, a chorą pomimo namowy do pozostania w zakładzie na własne usilne żądanie do domu odwieziono. Po kilku jednak tygodniach widziała się zmuszona do szpitala powrócić, gdzie rozpoznano ropień w okolicy spojenia łonowego, opuszczający się po prawéj zstępującéj gałęzi kości łonowéj, z silném obrzmieniem całéj téj strony, wraz z większą wargą sromną. Obadwa stawy krzyżo-biodrowe bolesne. Ciepłota 39·5—40° C. tętno 112. Rozległa odleżyna. Cięciem długiém na wewnętrznéj stronie wargi mniejszéj otwarto ropień, z którego wylała się spora ilość cuchnącéj ropy. Kość nie była obnażoną. Przy przeciwgnilnym opatrunku chora dosyć szybko przyszła do siebie, a rana w 3 tygodnie się zagoiła. Ból, ruchomość i obrzmienie stawów ustąpiły. Po 11 tygodniach chora zupełnie wyleczona poszła do domu.

Przy każdéj ciąży rozluźnienie wyżéj wymienionych spojeń jest rzeczą fizyjologiczną, skutkiem przesiąkania surowicy. Jeżeli jednak z przekrwieniem większa przesączyna następuje i spojenie staje się ruchomém, to wchodzi już w zakres sprawy zapalnéj i chorobowego rozluźnienia spojenia. W danym razie i do ropienia przyjść może. Dzieląc cierpienie to na pierwotne i następowe, to pierwsze występuje niedługo po porodzie, bez zajęcia częstokroć okolicznych narządów, a drugie jako przerzutowe odnieść należy do schorzenia jakiegoś innego narządu. Objawy: jak bóle w odpowiednich miejscach, rozpromieniające się aż do odnóg, ból przy oddawaniu moczu, obrzęki i chód jak w osteomalacyi z powodu bólu lub chód kołyszący, nie pozwalają długo wątpić o rodzaju cierpienia, bo w razie przystąpienia ropienia pojawiają się tylko objawy jemu odpowiedne. Zejście bywa: 1) wyzdrowienie po wessaniu, 2) ropienie i wyzdrowienie po operacyi, 3) przewlekłe rozluźnienie stawów, kilka lat nieraz trwające, z pogorszeniem przy następnych porodach, 4) posocznica i śmierć. Przyczyny (w postaci pierwotnéj) są jeszcze nie zupełnie jasne, albowiem i po prawidłowych porodach z tém cierpieniem spotkać się można. Najwięcéj jednak zdaje się przemawiać za twierdzeniem (Barker, Stolz), że tę chorobę sprowadza główka długo na spojenie łonowe uciskająca, lub też urazy. Rokowanie w ogólności dobre, mianowicie przy wysięku pierwotnym, surowiczym, przy ropnym jak zwykle wątpliwe. Leczenie przeważnie zapobiegawcze, przy rozluźnieniu opaski ściągające i spokój, a po stwierdzeniu zapalenia leczenie przeciwzapalne i maści ze środków kojących i rozdzielających. Co się tyczy powstawania, to najprawdopodobniéj, szczególniéj w zapaleniach ropnych, grają największą rolę mikroorganizmy, przeniesione z części rodnych do stawów, czy to drogą naczyń limfatycznych, czy też żylnych. (*Gaz. Lek.* 1887, 42). *Dr. Harajewicz.*

Dührssen: **Tamponada za pomocą gazy jodoformowéj w przypadkach krwotoków macicznych z osłabienia po porodach prawidłowych.**

D. zadowolony bardzo z usług, jakie mu oddała tamponada gazą jodoformową w dwóch przypadkach krwotoków z macicy z osłabienia, podaje je w niżéj podaném czasopismie do powszechnéj wiadomości, zachęcając do stosowania jéj w każdym podobnym przypadku, tém bardziéj, że przybywa w niéj w ręku wprawnego położnika jeszcze jeden bardzo pewny i nietrudny do wykonania sposób zatrzymania krwotoku; przekonał on się, że paski gazy jodoformowéj wprowadzone do macicy nie wywołują nawet w ciągu 24 godzin żadnego rozkładu treści macicy, a nawet już istniejące sprawy gnilne powstrzymują i nieszkodliwemi czynią. Pierwszy był Fritsch w Lipsku, który zwrócił uwagę na to, że można za pomocą tamponady gazą jodoformową krwotoki w przypadkach raka macicy zatrzymać, a gdy w klinice Gusserowa w Berlinie robiono już to samo z bardzo dobrym skutkiem w przypadkach poronień w 4 lub 5 miesiącu, w których po oddaleniu ręką łożyska krwotok wystąpił, zastosował to samo także Dr. D. w dwóch przypadkach, w których po porodzie prawidłowym, po oddaleniu łożyska ręką, krwotoki z macicy z osłabienia wystąpiły.

W sztućcu swoim położniczym nosi D. zawsze kilka zwiniętych pasków gazy jodoformowéj poczwórnie złożonych (dwudziestoprocentowéj). Dla wykonania tamponady ustala macicę za pomocą dwóch kleszczy (*Kugelzangen*), ile można dosyć wysoko, a za pomocą przeszło 30cm. długich szczypczyków anatomicznych, chwyta koniec paska i pomału wprowadza do macicy; gdy już ta jest w jamie macicy, przytrzymuje lewą ręką dno jéj i posuwa szczypczyki ku górze aż do przytrzymanéj okolicy. Pomału wsuwa się w tym samym kierunku dalsze części paska. Po wprowadzeniu tamponów macica prędko się kurczy i to dosyć silnie, prawdopodobnie w skutek drażnienia ściany jéj obcém ciałem. Krew z macicy nie pokazywała się już wprawdzie w obu przypadkach Dr. D., ale obie położnice skarżyły się jeszcze po tamponadzie na bóle w brzuchu (poporodowe). Po wyjęciu pasków gazy nawet przepłukiwanie wodą nie wykazało skrzepów krwi. Jeden pasek gazy trzy metry długości mający zwykle wystarcza. Postępowanie to ma i tę zaletę, że nie trzeba choréj usypiać, bo cały zabieg jest niebolesny, daje się prędko wykonać. Tamponadę można w każdym czasie wykonać, nie trzeba z nią długo czekać w danym przypadku, a przystąpić do niéj radzi D. bezzwłocznie, jeśli zwykle używane środki i sposoby, jak wypróżnianie pęcherza, wstrzyknięcie ergotyny, nacierania okolicy macicy, przepłukiwania macicy gorącą lub zimną wodą, zawiodły. (*Centralblatt für Gynäkologie* 1887, 35). *H. K.*

Choroby weneryczne.

Noeggerath (Wiesbaden): **O rzeżączce ukrytéj i przewlekłéj u kobiet**

Mimo wykrycia grzybka Neissera, mimo starannego szukania tegoż w wydzielinie cewkowéj u mężczyzn lub pochwy u kobiet, nie można w razie niewykazania go w jednéj z wymienionych wydzielin orzec, czy wydzielina jest zakaźną czy nie; według N. zdarza się, że u kobiet, które leczą się z powodu chorób części rodnych, dla których nie można wyśledzić przyczyny, trzeba zawsze myśleć o rzeżączce u męża lub u nich samych. Bardzo często udało mu

się u mężów, którzy pozornie na 2 lub 3 lata przed ożenieniem się zostali zupełnie wyleczeni z rzeżączki, wykazać jeszcze wydzielinę także pozornie niechorobową, w której jednak mógł wykazać gonokoki, i na odwrót u kobiet tak samo. Przypadki rozmaite odmiennie mu się obecnie przedstawiają po takiém doświadczeniu. Podzielił się też z niém na ostatnim Zjeździe lekarzy we Wiesbadenie i podał zarazem cechy, po których należy rozpoznawać rzeżączkę przewlekłą u kobiet: a mianowicie zachorowanie kobiety poprzednio zupełnie zdrowéj krótko po zamążpójściu na jakieś cierpienie narządów rodnych w ten sposób, że ogólny stan choréj nie zgadza się ze zmianami na częściach płciowych znalezionemi. Wypływ ropny obok braku owrzodzeń, ziarnin, mięsaka lub raka, albo skąpa wydzielina szklista około nadżartego ujścia macicznego. Nieżyt przewodów gruczołów pochwy i sromu. Kłykciny kończyste, choćby w różnych miejscach wejścia do pochwy, albo naokoło stolca. Obecność ziarninowego zapalenia pochwy. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887, 49). *H. K.*

Choroby nerwowe.

Gałęzowski: **Znaki zwiastunowe wiądu rdzenia pacierzowego.**

(*P...i*) Gałęzowski na posiedzeniu Tow. biologicznego paryskiego d. 18 b. m. zwrócił uwagę na dwa objawy, które spostrzega od lat sześciu u osób, które późniéj zostały dotknięte wiądem rdzenia pacierzowego stwierdzonym.

Objawami temi jest porażenie mięśnia akomodacyjnego i znieczulenie okolicy okołooczodołowéj (*peri-orbitaire*).

Objawy te istnieją już w czasie kiedy nic nie każe przewidywać pojawienia się téj choroby, wyjąwszy osłabienie odruchu rzepkowego, stwierdzonego u niektórych chorych przez Charcota.

Porażeniu mięśnia akomodacyjnego nie towarzyszy ani rozszerzenie źrenicy, ani porażenie żadnego z mięśni zaopatrzonych przez trzecią parę nerwów. To porażenie zajmuje zawsze tylko jedno oko i nie wywołuje żadnego zboczenia w widzeniu, jeżeli chory patrzy obu oczyma.

Porażenie akomodacyjne po błonicy zajmuje zawsze oba oczy; takież porażenie po stłuczeniach lub w przebiegu kiły nie łączy się z znieczuleniem okolicy oczodołowéj.

U histeryczek porażenie mięśnia rzęskowego łączy się zawsze z rozszerzeniem źrenicy. (*La semaine médicale*, 1888, Nr. 8).

Medycyna sądowa.

Lehmann: **O tłuszczowosku.**

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Würzburgu z dn. 3 grudnia 1887 L. zdał sprawę z doświadczeń swoich czynionych w celu rozstrzygnięcia kwestyi, czy mięśnie, a względnie białko ich bierze udział w tworzeniu się tłuszczowosku. Wziął on dwa równe kawałki z mięśnia konia, i starannie oddzieliwszy wszelki tłuszcz, umieścił jeden kawałek w wyskoku absolutnym, drugi zaś, w woreczku tiulowym zaszyty, w naczyniu szklaném, przez który przez 7 miesięcy przepływała woda z wodociągu monachijskiego. Po upływie tego czasu mięso zamieniło się w masę białawą, kruchą, bezpostaciową o woni szczególnéj. Badanie chemiczne (za pomocą eteru i kwasów rozcieńczonych) wykazało, że mięso w wodzie trzymane zamieniło się w tłuszczowosk, a zawierało ono o wiele więcéj mydeł wapniowych aniżeli mięso w wyskoku przechowane, co dowodzi, że tłuszcz musiał wytworzyć się z białka mięśniowego. L. sądzi, że przeobrażenie to następuje skutkiem działania prątków. Doświadczenie to przemawiałoby więc przeciw obozowi badaczów, nieprzypuszczających powstania tłuszczu z białka. (*Münch. med. Woch.*, 1888, Nr. 1). *L. B.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IIIcie z d. 8 lutego 1888 r.

Przewodniczący wiceprezes kol. Mars. Członków obecnych 34. Jako gość Dr. Krokiewicz z Krakowa.

1. Kol. Korczyński przedstawia jako przewodniczący Komisyi przemysłowéj: 1) kefir wyrobu p. Wolańskiego ze Lwowa i 2) przetwory lecznicze wyrobu p. Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie, które Komisyja przemysłowa zbadała i uznała za polecenia godne i czyni wniosek, aby Tow. lek. krak. przychylilo się do wniosku Kom. przemysłowéj, polecającego te przetwory. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierają głos koll. Warschauer, Sciborowski, Zaręba, Wiszniewski, Paszkowski i Korczyński, poczém zgromadzeni wnioski Komisyi przemysłowéj jednogłośnie przyjmują.

2. Kol. Warschauer czyni wniosek następującéj treści: Towarzystwo lek. uchwala, że odtąd jak dawniéj oprócz cennych prac naukowych podawana ma być na posiedzeniach wiadomość o chorobach panujących. Nietylko dyrektorowie klinik i szpitali lecz także lekarze ordynujący, sekundaryjusze i asystenci a nadto lekarze wolno praktykujący zechcą stósownie do okoliczności podawać wiadomość o chorobach panujących, ich biegu i leczeniu. Kol. Warschauer motywuje swój wniosek jak następuje: Zadaniem Tow. lek. jest nietylko obznajamianie członków Tow. z postępem nauki wszystkich działów nauki lekarskiéj z uwzględnieniem poziomu naukowego, lecz nadto, podawać wiadomość o chorobach panujących, o ich przebiegu i o sposobie leczenia tychże. I tak w minionym i obecnym miesiącu pojawia się dość często kur (*rubeola*), choroba u nas rzadko występująca, na szczęście zachowująca łagodny przebieg, a nikt z szanownych kolegów, którzy chorobę tę uważać mieli sposobność, nie podał o niéj żadnéj wiadomości, chociaż rozprawa o niéj byłaby bardzo ciekawą i mogłaby się przyczynić do wyjaśnienia téj choroby. Dawniéj w naszém Towarzystwie był zwyczaj podawania krótkiéj wiadomości o chorobach panujących a rozprawy były bardzo pouczające; temi względami powodując się uczynił kol. Warschauer wniosek powyższéj treści.

3. Kol. Korczyński czyni wniosek, aby Tow. lekarskie podzieliło posiedzenia na wzór podziału przyjętego w Tow. lek. warszawskiém na kliniczne i biologiczne i żąda, aby w sprawie téj rozpatrzył się komitet Towarzystwa. W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiali wnioskodawcy i kol. Paszkowski, który czyni wniosek, aby komitet Towarzystwa zastanowił się nietylko nad reformą posiedzeń, lecz pomnożył liczbę posiedzeń administracyjnych i aby wśród tych posiedzeń zastanowiono się także nad wnioskami komisyi przemysłowéj. W głosowaniu utrzymał się powyższy wniosek kol. Paszkowskiego.

4. Kol. Obaliński okazał przyrząd własnego pomysłu wykonany przez fabrykanta Leitra w Wiedniu, mający służyć do wprowadzania rurek w miejsce zwężone gardziela, w przypadkach zwężeń tego narządu przyrody rakowatéj. Przyrząd składa się z rury z plecionki lakierowanéj, jakiéj się używa do kateterów angielskich, w rurze téj porusza się drut na jednym końcu rozszczepany i haczykowato zakończony; skoro się górny koniec drutu ciągnie, można część rozszczepaną ukryć w rurze i uczynić cały przyrząd zupełnie podobnym do sondy gardzielowéj. Rozszczepanie haczykowate służy do ruchomego przytwierdzenia rurek z kauczuku twardego, jakich prelegent okazuje cały zbiór o rozmaitym kalibrze. Rurki te nieco stożkowate zaopatrzone są w swém świetle u szerszego końca ząbkiem tak, że trzymają się dobrze rozwidlenia haczykowatego sondy. Skoro rurkę tak do rozwidlenia uczepioną wprowadzi się w miejsce zwężone gardziela, a następnie ściągnie drut w sondę, opuszcza rozwidlenie rurkę, która pozostaje w miejscu, gdzie ją pozostawiono. Za pomocą tego przyrządu można także wydobywać rurki z gardziela w miarę, jak do tego zachodzić może potrzeba. Prelegent okazuje działanie tego przyrządu na modelu gardziela

sporządzonym z rury flanelowéj i objaśnia, że takie wprowadzenie rurek może oddać znakomitą przysługę chorym dotkniętym rakiem gardziela i to tak zlokalizowanym, że o operacyi myśleć nie można a chory jest skazany na śmierć z zagłodzenia, zanimby takowa nastąpiła w skutek saméj sprawy nowotworowéj. Na pomysł tego narzędzia naprowadziły prelegenta publikacyje Leydena i Renversa, którzy wprowadzali takie rurki gardzielowe swoim chorym, przywiązując je do nitek jedwabnych, których wolny koniec wystawał z ust chorego. Aby téj niedogodności zapobiedz sądzi prelegent, że przyrząd jego będzie zupełnie odpowiednim, na razie jednak nie może podać, o ile tenże okaże się przydatnym w praktyce, nie ma bowiem obecnie przypadku odpowiedniego, w którymby przyrząd zastósować było można.

5. Kol. Obaliński opowiedział historyję choroby przypadku spostrzeganego na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, a Dr. Krokiewicz okazał preparat anatomiczny z tego przypadku. W dyskusyi nad tym przedmiotem wzięli nadto udział koll. Jaworski i Browicz. Wśród tego posiedzenia zawiadomił kol. Korczyński o rezultacie subskrypcyi na akcyję banku ratunkowego w Poznaniu. *Dr. Schaitter*, sekretarz.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Etyjologija duru i prątki duru.

Chantemesse i Vidal dali przegląd prac w ostatnich czasach ogłoszonych co do etyjologii duru, a rzucających wiele światła na tę ciemną sprawę.

Przypuszczanie pasorzyta duru brzusznego nie jest nowém, ale dopiero Ebertha zasługą jest, że w r. 1886 podał morfologiczne cechy prątka durowego. Mimo że Koch, Mayer, Coats, Crooke i inni poczynili zgodne z Eberthem spostrzeżenia, swoistość tego drobnotworu zawsze jeszcze była wątpliwą, aż póki Gaffky nie podjął znanych hodowli prątka durowego na ziemniakach, a zarazem podał 2 uderzające jego znamiona: stałą ruchliwość i tworzenie zarodników między 30 a 40°. Nakoniec udało się różnym badaczom wykazać prątka durowego u żyjącego człowieka i w wodzie. Dziś nikt już wątpić nie może, że dur jest chorobą pasorzytną, wywołaną przez właściwy drobnotwór, który znajduje się u każdego chorego na dur.

Nie wchodząc w rozbiór morfologicznych własności i tworzenia kolonij prątka durowego należy zaznaczyć jeden fakt: niezawodne znajdowanie się prątka w różnych narządach osób chorych na dur. Znaleziono go w wątrobie, śledzionie, gruczołach Peyera, nawet w płucach, sercu i oponach mózgowych. Z drugiéj strony hodowle z organów osób durem dotkniętych rzadko kiedy zawodzą.

Mniéj liczne ale więcéj dowodzące niż znajdowanie się prątków durowych w zwłokach osób na dur zmarłych są są spostrzeżenia wykrycia ich za życia u durem dotkniętych. Najznaczniejsza część badaczy na darmo szukała prątka Ebertha Gaffkyego w plamach i krwi z powierzchni ciała wziętéj, wielu atoli udało się otrzymać czyste hodowle z krwi zaczerpniętéj ze śledziony osób chorych za pomocą punkcyi włosowatéj. Ponieważ punkcyja śledziony jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa, to w wątpliwych razach stanowić ona może środek stwierdzenia choroby. Kilkakrotnie znaleziono téż *Bacillus typhosus* w kale i moczu, zdaje się jednak, że prątek ten znajduje się w nich tylko w pewnych okresach choroby. Jeżeli znajduje się prątek durowy w moczu, to wskazuje to, że przez naruszenie tkanki nerek ma drogę otwartą; jeżeli pojawia się w kale, to znalazł dostęp do przewodu pokarmowego przez ropienie gruczołów Peyera. Ze stanowiska higijenicznego spostrzeżenie prątka durowego w kale ma szczególne znaczenie, bo wykazano, że w kale bardzo długo żywotność zatrzymuje. W ten sposób tłumaczy się powstawanie epidemij po sobie następujących przez zanieczyszczoną wodę. Należałoby atoli wykazać, w jakich warunkach stanowi woda korzystną glebę dla rozwoju drobnotworów. To skłoniło do podjęcia szeregu badań wody, w celu stwierdzenia znajdowania się prątka Ebertha-Gaffkyego w wodzie po epidemijach duru. Dowiedli tego choć w sposób co do techniki jeszcze niedokładny Moers (1885) i Michael (1886), odkrywszy w okolicach durem dotkniętych w wodzie studzien prątki durowe, gdy badania Gaffkyego, Bietscha i Simmonda ujemnie wypadły. Świeżo Chantemesse i Brouardel znaleźli prątka durowego w zbiorniku na wodę domu, w którym w czasie panowania ostatniéj epidemii duru w Clermont Ferrand dur szalał. Dowody, iż prątek durowy znajduje się w wodzie, pomnożyły się, mają one jednak dla etyjologii duru jedynie ograniczone znaczenie. Dotychczas dowiedzioną tylko rzeczą, iż *Bacillus typhosus* w wodzie żyć może i że po epidemijach znaleziono go w wodzie, nie zaś, że przed epidemiją w wodzie istniał. Badania jednak te nadają zawsze przypuszczeniu, że dur szerzy się przez swoiście skażoną wodę, większego prawdopodobieństwa.

Sprzecznemi i niepewnemi są dotychczas także wyniki przenoszenia duru na zwierzęta za pomocą szczepienia prątków durowych. W pierwszym rzędzie wypada tu wspomnieć o licznych ale zawsze bezskutecznych próbach szczepienia, jakie robił Gaffky. Wkrótce atoli osiągnęli dodatnie wyniki, między innymi Fraenkel, Simmonds i Seitz. Przerost śledziony, gruczołów kreskowych, obrzmienie gruczołów Peyera i nagromadzenie prątków w tych organach, tworzyły obraz, jaki przy sekcyjach zwierząt szczepionych napotykano. Równy wynik otrzymali przy sekcyi Sirotinin, Bäumer i Peipper, którzy atoli przeczą wnioskom poprzednio wymienionych badaczy. Widzą oni w tych zmianach chorobowych nie zarażenie durem, ale zatrucie ptomainem, wykrytym przez Briegera w dawnych hodowlach prątków durowych. Na poparcie tego mniemania służą dwa fakty: 1) że prątki do krwi wstrzyknięte nie bujają w niej, lecz rychło giną; 2) że płyny hodowlane, z których usunięto żywe prątki, wywoływały u zwierząt te same objawy jak żywe hodowle. Chantemesse i Vidal starali się przez nowe badania położyć kres temu sporowi. Jak Fraenkelowi i Simmondsowi udało im się u niektórych zwierząt wywołać przez szczepienie prątków durowych objawy chorobowe duru, nie mogli jednak u zwierząt, na których doświadczenia robili, stwierdzić, wbrew Sirotinowi, bujania prątków i przekonali się, że szczepienia jałowemi hodowlami rzadko tylko śmierć sprowadzały. Chodziło więc przecież o zakażenia prątkami a nie o zatrucie alkaloidowe. Że obraz chorobowy u zwierząt nie odpowiada dokładnie objawom duru u ludzi, nie powinno zawidziwiać, bo dur brzuszny zdaje się być chorobą wyłącznie człowiekowi właściwą. Na wszelki przypadek doświadczenia te przemawiają na korzyść przypuszczenia, że prątek Ebertha - Gaffkyego istotnie poczytać wypada za bodziec chorobowy. Dalszych ciekawych wyjaśnień obiecują dostarczyć doświadczenia, jakie podjąć zamierzają Chantemesse i Vidal co do osłabienia jadu w pewnych mało jeszcze znanych warunkach. (*Arch. de phys. norm. et pathol.* kwiecień, 1887). *Dr. Grabowski.*

○ Desinfekcyja i odosobnienie. Francuski minister oświaty upraszał akademiją lekarską o danie opinii co do trwania odosobnienia w razie zapadnięcia na którą z chorób zakaźnych dzieci do szkół publicznych uczęszczających. Sekcyja higijeniczna przedstawiła następujące w tym względzie zasady: 1) Dzieci dotknięte ospianką, ospą, płonicą, odrą lub błonicą, należy ściśle odosobnić od towarzyszy. 2) Trwanie odosobnienia

należy obliczać od pierwszego dnia wystąpienia choroby. Odosobnienie winno trwać w ospie, szkarlatynie i błonicy dni 40 a 25 w ospiance i mumpsie. 3) Odosobnienie winno trwać, dopóki rekonwalescent nie weźmie 2 lub 3 kąpieli mydlanych i dopóki nie podda się całego jego ciała, nie wyłączając skóry na głowie, tyleżkrotnemu nacieraniu. 4) Suknie, które chory miał na sobie w chwili zapadnięcia, należy odwietrzyć parą lub poddać nakadzaniom siarkowym, a następnie uprać i oczyścić. 5) Pokój, w którym chory przebywa, należy doskonale przewietrzyć. Ściany i sprzęty należy zmyć rozczynem sublimatu. Pościel należy poddać odwietrzeniu parą pod ciśnieniem, równie jak i materace, rozebrawszy je poprzednio na części. 6) Po powrocie do zdrowia rekonwalescent nie powinien być dopuszczonym do szkoły, dopóki nie wykaże się świadectwem lekarza, że wymienione środki ostrożności były zastósowane. Co się tyczy odry, to odosobnienie przez 25 dni uznano za dostateczne, zarażenie się bowiem jest w końcu o wiele mniéj wybitne w czasie łuszczenia, niż w początku w chwili wybuchu. Z powodu, że w sprawozdaniu nie było zupełnie wzmianki o kokluszu, zwrócono uwagę, że należałoby go włączyć w sprawozdanie, żaden jednak z członków akademii nie mógł oznaczyć na pewne czasu trwania choroby, a w skutek tego i czasu, przez który odosobnienie byłoby potrzebném. Legroux, lekarz szpitala dla dzieci, odczytał przy téj sposobności opis sześciu przypadków kokluszu, uleczonych zupełnie i bezpowrotnie w ciągu 27 dni, zamiast 67 dni, które średnio trwa koklusz, a trwanie którego podaje nawet Dr. Cadet Gassicourt na 90 dni. W tymże swym odczycie Dr. Legroux wspomina, że stale uleczył wiele przypadków pląsawicy za pomocą antipyrynu, stosując go 3 razy dziennie po grm. Co do zalecenia, aby ściany i sprzęty zakażonego pokoju zmywać rozczynem sublimatu, Dr. Gautier uważał wykonanie tego za niemożliwe i mniemał, że lepiéj byłoby odrażać je za pomocą kwasu siarkowego, gdyż sublimat szkodzi sprzętom (*The Lancet* 1888 I. N. 2).

○ Doroczny Zjazd Niemieckiego stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego odbędzie się w tym roku w Frankfurcie nad Menem w dniach od 13—16 września.

○ Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych dla królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z WKs. Krakowskiém zawiera jako Cz. I, wydaną dnia 2 stycznia 1888 Rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 5 grudnia 1887 l. 18.827 dotyczące cennika leków na r. 1888 oraz sam cennik.

○ Śmiertelność na dur we Francyi. Chamberland kierujący pracownią Pasteura wykazuje w ciekawéj rozprawie niekorzystny stan higijeny we Francyi. W armii francuskiéj ginie na dur nie mniéj niż 3·78 na 1000, gdy śmiertelność na tęż chorobę w armii angielskiéj i niemieckiéj równa się 0·84 a wzgl. 0·19 na 1000. Na 100.000 ludności umiera na tę chorobę 63 osób w Paryżu, 148 w Marsylii, 19 w Brukseli, a 17 w Berlinie i Londynie. Krytyka téj rozprawy, ogłoszona w jednym z dzienników lekarskich w Lyonie, wskazuje za powód śmiertelności obok braków na polu higijeny zastarzały sposób leczenia używany we Francyi. W Lyonie, będącym jedyném miastem francuskiém, w którém jest w użyciu leczenie zimnemi kąpielami, śmiertelność jest o wiele niższą niż w Paryżu i wynosi 31 z 100.000, gdy Chamberlain oblicza śmiertelność na 42 z 100.000. (*The Lancet*, 1888, I, Nr. 5).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34·0. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 3 (3 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (7 z. t.); z zapalenia płuc 14 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego (ze Świątnik). W tygodniu od 1—7 stycznia umarło z ospy: w Tarnopolu i Czerniowcach po 1, w Pradze 11. w Budapeszcie 3, w Tryjeście 7, w Rzymie 9, w Paryżu 5, w Warszawie 14. Z odry umarło w Czerniowcach 1, w Wiedniu 3, w Budapeszcie 10, w Paryżu 14, w Londynie 25, w Chrystyjanii 24, w Petersburgu 12. Z krztuśca umarło w Czerniowcach 2, w Wiedniu 1, w Paryżu 9, w Londynie 120, Z dławca i błonicy umarło we Lwowie, w Brodach i Tarnopolu po 2, w Drohobyczu, Przemyślu, Stanisławowie i Tarnowie po 1, w Wiedniu 12, w Pradze 1, w Berlinie 24, w Wrocławiu 18, w Paryżu 48, w Londynie 42, w Chrystyjanii 12, w Kopenhadze 9, w Petersburgu 19. Z płonicy umarło we Lwowie 1, w Stanisławowie 2, w Wiedniu 9, w Pradze 6, w Londynie 37, w Warszawie 10. Z durzycy umarło we Lwowie i Przemyślu po 1, w Wiedniu 1, w Gracu 1, w Pradze 3. Cholera wybuchła w Chili (Santjago), gdzie od 21—24 listopada umarło 68 osob.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,5; we Lwowie 40,2; w Brodach 36,0; w Drohobyczu 40,9; w Kołomyi 25,8; w Przemyślu 36,7; w Stanisławowie 52,3; w Tarnopolu 32,3; w Tarnowie 24,3; w Czerniowcach 55,6; w Warszawie 24,6; w Poznaniu 25,4; w Wiedniu 27,0; w Salcburgu 17,4; w Gracu 34,6; w Tryjeście 37,5; w Insbruku 34,9; w Pradze 43,9; w Bernie 24,8; w Ołomuńcu 40,9; w Opawie 21,0; w Berlinie 22,4; we Wrocławiu 33,0; w Gdańsku 24,7; w Dreźnie 21,9; w Hamburgu 30,5; w Kolonii 29,8; w Lipsku 20,1; w Mnichowie 27,4; w Strasburgu 23,8; w Amsterdamie 24,1; w Brukseli 24,9; w Budapeszcie 29,2; w Chrystyjanii 27,2; w Kopenhadze 27,3; w Londynie 22,7; w Odesie 26,2; w Paryżu 26,1; w Petersburgu 28,1; w Rzymie 24,6; w Stokholmie 24,7; w Wenecyi 36,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 marca. Wielkiego rozgłosu nabrała sprawa lekarza petersburskiego Dra Dreypölchera, który przez Sąd skazany został na zesłanie za Ural za to, że chora, którą on odsyłał do kilku po kolei szpitali, w których pomieszczenia nie znalazła, śród téj wędrówki umarła. Wszystkie grona lekarskie tak niemieckie jak rosyjskie, uznały, że Dr. D. wywiązał się sumiennie z obowiązku swego i że go niepojętym sposobem skazano za to, że szpitale były przepełnione. Sąd sam proponował, aby skazanemu w drodze łaski zmieniono karę na uwięzienie w Petersburgu, a grona lekarskie oświadczyły mu współczucie i poważanie swoje.

U nas nie zachodzi obawa, aby lekarz miejski, który ciężko chorą odsyła do szpitala, mógł być pociągnięty do odpowiedzialności, gdyby chora dla braku miejsca w szpitalu przyjętą nie została i w drodze umarła; ale łatwo zdarzyć się może, że ciężki chory nie zostanie przyjęty do szpitala z powodu ciągłego przepełnienia takowego. W każdym oddziale szpitala św. Łazarza jest po kilku lub kilkunastu chorych ponad normę, umieszczonych oczywiście na ziemi na siennikach (tak np. w oddziale prof. Madurowicza, liczącego 25 łóżek, jest chorych 40); rzecz więc naturalna, że się nieraz odprawia chorych zgłaszających się lub przedwcześnie wydala nie zupełnie jeszcze wyleczonych. Nic łatwiejszego nad to, że zdarzyć się może przypadek, że chory nie przyjęty dla braku miejsca umrze przed bramą szpitalną lub w drodze, a wtedy opinija publiczna, nie zawsze dobrze poinformowana, zwróci się znów przeciw lekarzom, obwiniając ich o opieszałość, brak uczucia itp. Opinija publiczna nie uwzględni, że lekarze przed $1\frac{1}{2}$ rokiem w memoryjale, wystósowanym do Wydziału krajowego, przedstawili potrzebę wybudowania nowego pawilonu, a jeżeli zwłaszcza umrze bez pomocy lekarskiéj osoba bardziéj znana, będą znów interpelacyje w Sejmie, dochodzenia dyscyplinarne itd., słowem rozwinie się cały aparat biórokratyczny, który przez dawne rządy austryjackie tak skutecznie zaszczepiony został Galicyjanom, że mistrzów swych w tym względzie prześcignęli, — a chorzy i nadal pomieszczenia nie znajdą. Spodziewać się należy, że najwyższa władza autonomiczna nie poprzestanie na zreformowaniu zakładu w Kulparkowie, lecz uwzględniać zechce i potrzeby innych szpitali krajowych, a przedewszystkiém chorych.

○ W Akademii Umiejętności odbyło się d. 20 lutego rb. posiedzenie Wydziału matematyczno-przyrodniczego, na którém między innymi Dr. Gustaw Piotrowski przedstawił rezultaty swéj pracy p. t.: „Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń“, a prof. Cybulski odczytał wyniki pracy Dra Walentowicza p. t. „O wpływie nerwu nasiennego zewnętrznego *(nervus spermaticus ext.)* na wydzielanie mleka“.

* Na posiedzeniu Rady państwa z d. 25 lutego prezes ministrów jako minister spraw wewnętrznych odpowiedział na interpelacyję posła Plenera w sprawie uchwalonéj przez Sejm

czeski ustawy sanitarnéj (porówn. *Przegląd Lek.*, 1887, Nr. 7). Minister zaprzeczył, jakoby ustawa ta naruszała interesa ludności niemieckiéj i lekarzy niemieckich w Czechach, gdyż postanawia tylko, iż lekarze gminni władać muszą językiem ludności, a interes ludności musi iść przed interesem lekarzy. Rząd zatém nie miał powodu, aby ustawy téj nie przedkładać do sankcyi cesarskiéj, która też d. 23 lutego nastąpiła.

* W Nrze 8 *W. med. Woch.* zamieszczoną jest wiadomość w formie korespondencyi z Krakowa o otwarciu prow. oddziału okulistycznego w Rzeszowie. Jestto dosłowne prawie tłumaczenie wiadomości podanéj przez nas w Nrze 52 Przeglądu Lek. z r. 1887. Nie mamy nic przeciw téj reprodukcyi, choć tak spóźnionéj, — jednak godziło się podać źródło.

* W Utrechcie prof. Donders obchodził niedawno temu jubileusz 40 letniego zawodu nauczycielskiego (urodzony w r. 1818), w Berlinie zaś tajny radzca lekarski prof. Karol Liman ukończył d. 16 lutego 70ty rok życia swego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Dorpat.** Profesorem położnictwa wybrany został Dr. Oton Küstner, nadzwyczajny profesor w Jenie, b. asystent Olshausena i Schultzego (urodzony w r. 1849). — **Berlin.** Pod nieobecność prof. Bergmanna, który bawi w St. Remo, docent Fehleisen zastępczo kieruje kliniką chirurgiczną. — **Kiel.** Lekarz sztabowy Dr. Fischer habilitował się jako docent prywatny bakteryjologii. — **Lipsk.** Dr. Krehl habilitował się jako docent chorób wewnętrznych. — **Budapeszt.** Z powodu słabości prof. anatomii opisowéj Lenhosséka zastępstwo objął syn jego, asystent Dr. Michał Lenhossék. Prof. Poor prosił o uwolnienie go od obowiązków prymaryjusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu św. Rocha; posadę tę otrzymał prof. Géza Antal. — **Paryż.** Jako następcę Vulpiana na katedrze patologii doświadczalnéj i porównawczéj Wydział lekarski przedstawił na 1ém miejscu Dra Straussa, na 2ém Dra Hanota.

* Regulamin wystawy lekarsko-higijenicznéj i dydaktyczno-przyrodniczéj mającéj się urządzić we Lwowie w roku 1888. 1. Wystawa zostanie otwartą podczas V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich d. 18 lipca 1888 r. i trwać będzie przynajmniéj 8 dni. 2) Wystawa będzie urządzoną w gmachu szkoły politechnicznéj. 3) Nagrody dla wystawców, a mianowicie: dyplomy honorowe, medale i listy pochwalne przyznawać będzie komitet wystawy na wniosek sędziów zaproszonych do ocenienia poszczególnych grup. 4) Osoby, pragnące umieścić na wystawie okazy, składają deklaracyję podług załączonego wzoru. Komitet nie pobiera od wystawców opłaty za wystawione przedmioty. Deklaracyje należy przesyłać pod adresem sekretarza komitetu Dra Józefa Merunowicza we Lwowie, ul. Piekarska Nr. 12A. 5) Koszta przesyłki, ustawienia tudzież uprzątnienia przedmiotów, ponoszą wystawcy. Wszelkie uszkodzenia terenu i gmachu wystawy, sprawione ustawieniem okazów, winny być naprawione kosztem wystawców. Przedmioty wystawione z ramienia komitetu są z pod tych postanowień wyjęte. 6) Ostateczny termin składania deklaracyi upływa dnia 1 lipca b. r. Przedmioty zgłoszone winny być nadesłane najdaléj do 15 lipca. 7) Komitet może odmówić przyjęcia okazów zgłoszonych bez podania powodów i bez obowiązku ponoszenia jakichkolwiek kosztów. 8) Okazy przyjęte na wystawę winny pozostać na niéj aż do zamknięcia, choćby czas trwania pierwotnie oznaczony został przedłużony. 9) Wszystkie przedmioty znajdujące się na wystawie będą kosztem komitetu ubezpieczone na wypadek pożaru. 10) Wystawcy winni poddać się wszelkim zarządzeniom komitetu, dotyczącym umieszczenia okazów i porządku na wystawie. 11) Jakkolwiek komitet czuwać będzie nad przedmiotami wystawionemi, każdy wystawca otrzyma kartę legitymacyjną, upoważniającą do przebywania w gmachu wystawy, celem osobistego dozorowania przedmiotów wystawionych. 12) Wystawcy nadsyłający przedmioty, których ocenienie wymaga analizy chemicznéj, obowiązani są przedstawić gotowy rezultat poważnie uskutecznionego rozbioru lub téż uiścić zapłatę za rozbiór.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Chwata: Wycięcie części kiszek cienkich przy operacyi przepukliny pachwinowéj zaciśniętéj, wyzdrowienie; Sędziaka: O leczeniu suchot płucnych kreozotem (dok.); Matlakowskiego: *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis commun. dextrae* oraz uwagi o sposobie Antylla (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 8: Dobrzyckiego: Sławuta sprowozdanie za r. 1887 (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 2: Kępińskiego: Zapalenie łącznicy. Wskazówki praktyczne przy ich rozpoznawaniu i leczeniu. — W *Zdrowiu* Nr. 29: Tchórznickiego: Użycie materyjałów torfowych w ustępach szpitalnych. — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 3: Żenczykowski: Pogląd na spółczesny stan nauki o wściekliźnie; Szpilmana: Wody mleka; Szczerby: Ząb w dole skroniowym u konia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 marca **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** o godzinie 6éj posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Marcisiewicz przedstawi kilka przypadków operowanych; 2) odbędzie się odroczona z poprzedniego posiedzenia dyskusyja odnosząca się do wykładu mianego przez kol. prof. Rydla; 3) kol. prof. Browicz będzie miał wykład o marskości żołądka.

Szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie zapraszam uprzejmie na Zgromadzenie ogólne XIII, które odbędzie się we Środę dnia 7 marca br. w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza o godz. 5éj popołudniu, t. j. przed posiedzeniem Towarzystwa lek. krak. *Prof. Dr. Korczyński.*

Redakcyja otrzymała:

Prof. ADAMKIEWICZ: O zjawiskach klinicznych i zmianach anatom. w zwyrodnieniu wtórorzędném rdzenia pacierzowego. (Odbitka z *Przegl. Lek.*), Kraków 1888 in 8vo str. 23.

62 Annual report of the Massachusetts charitable eye and ear infirmary for the year 1887. Boston, in 8vo str. 45.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. we Lwowie: Protokóły otrzymaliśmy przed zamknięciem numeru we czwartek, a więc na ten tydzień za pożno.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W miasteczku Toporowie powiatu Brodzkiego, jest opróżniona posada lekarza z roczną płacą 250 złr. i 80 metr. sześć. drzewa opałowego.

Za oglądanie zwłok i bydła rzeźnego, co najmniéj rocznie 50 złr.

Ponieważ w miejscu apteki nie ma, pożądaną byłoby rzeczą, aby lekarz miał najpotrzebniejsze leki w domowéj aptece. Zgłosić się można do Zarządu dóbr Państwa Toporowskiego, poczta Toporów.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.